

りそな健康保険組合 御中

- 本人(被保険者)
 家族(被扶養者)

療養費支給申請書

被保険者証 記号 番号	(フリガナ)		被保険者名 (申請者名)	印
事業所の名称	銀行(又は会社名) (Tel) 支店(部) 内線			
療養を受けた方	氏名	(年 月 日生)	被 保 者 の 続 柄	「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名				
傷病の原因と経過 (できるだけ詳しく)	交通事故、喧嘩等(第三者の行為)、または業務上による傷病ですか。 (はい ・ いいえ)			
診療を受けた 医療機関	国名			担当医
	名称			
	所在地			
診療期間	年 月 日より 年 月 日まで 日間			
海外で受診した理由 (できるだけ詳しく)				
症状の概要	担当医が記入した「診療内容明細書」の日本語訳を記入してください。			
処方・手術など処置の概要	担当医が記入した「診療内容明細書」の日本語訳を記入してください。			
診療に要した費用の額	現地通貨でご記入ください。 (通貨)		【健保使用欄】 日本円換算 円	

- 添付書類
 - ・ 現地医療機関発行の領収書(原本)
 - ・ 渡航が確認できる書類
 - ・ 診療内容明細書・領収明細書
 - ・ 調査に関わる同意書
- 傷病名等は日本語で記入してください。
- 診療費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
- 各月毎、各医療機関毎、入院・通院毎に申請書が必要です。
- 申請内容によって上記添付書類以外の資料をご提出いただく場合がありますのでご了承ください。
- 海外勤務者(海外出張中に受診された被保険者を含む)の方が申請される場合は「海外勤務者用」(別書式)をご使用ください。

【健保使用欄】

常務理事	検印	係	被扶養者 資格確認

支給決定日		
支給期間		年 月 日より 年 月 日まで
支給決定額		円
内 訳	療養費	円
	高額療養費	円
	還元金・付加金	円

(海外用)

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名	
Name of Illness or Injury 傷病名	
Date of First Diagnosis 初診日	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 days
Type of Treatment 治療の分類 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 from to <input type="checkbox"/> Out Patient or Home Visit 入院外 from to	
Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要	
Prescription, Operation and any other Treatments (in brief) 処方・手術など処置の概要	

Itemized Receipt (Dental) 領収明細書(歯科)

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Examination	診察		
Extraction	抜歯		
Filling	充填		
Inlay	インレー		
X-ray Examination	X線検査		
Crown	冠		
Bridge Work	ブリッジ		
Plate Denture	有床義歯		
Medicine	投薬		
Others (Specify)	その他		
Total	合計	---	---

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

Name and Address of Dentist/Office 歯科医師の名前及び住所又は歯科医院の名称及び所在地

Name 名前
Address 住所

- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- This form is used for claiming the health insurance benefit.
この様式は健康保険の給付申請に使用されます。
- One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。

(歯科用)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

りそな健康保険組合 御中

・治療開始日 Starting date of medication Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

・患者 Patient

患者名 Name of patient _____

住所 Address _____

生年月日 Date of birth Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

私(療養を受けた者)、 _____ は、りそな健康保険組合の職員又はりそな健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをりそな健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To : Resona health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Resona health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄
Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 Signature _____ 印

住所 Address _____

日付 Date Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

患者との関係 Relation to the insured 本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir
その他 Other

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.