

書類の提出先 在職者：雇用されている会社の担当者宛  
 (提出時点) 退職者：当健保海外療養費担当宛(任継/特退含む)

被保険者(請求者)記入欄

事業主(会社)記入欄

※被保険者記入欄は漏れなくご記入をお願いします。

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号・番号(左づめ) また マイナンバー	記 号 1 2 3 番 号 4 5 6 7 8	マイナンバーを記入する場合、本人確認書類の添付必須(例:免許証、パスポート等顔写真あり)。
	② 署名捺印 同 意 書	(フリガナ) ケンポ タロウ <b>健保 太郎</b> (健)	③ 生 年 月 日 1 1. 昭和 6 3 0 2 1 0 2. 平成
	④ 現 住 所	〒 - XXN. S. W. Australia	
	⑤ 電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL 03 - 1234 - 5678	
	◆在職者⇒⑦を署名捺印してください(⑥不要) ◆退職者⇒⑥をご記入ください(⑦不要) ◆退職予定者⇒⑥記入、⑦署名捺印ください		
※退 職 者 必 須	⑥ 口 座 情 報 銀行名 座 報 銀行別	◆口座 ◆任意 ・提出時に在職している・・・⑦委任状に記入/捺印頂き、事業主様に送付してください。 ・提出時に退職している・・・⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。 ・近日中に退職を予定している ・・・⑥口座情報への記入と、⑦委任状への記入/捺印の上、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて、事業主様に送付してください。	
※在 職 者 必 須	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	・提出時に任意継続・特例退職被保険者制度に加入している ・・・⑥口座情報、⑦委任状いずれも記入せずに当組合に送付してください。 保険料引落しでご登録頂いたゆうちょ銀行にお振り込み致します。 なお、ゆうちょ銀行以外の口座振り込みを希望される場合には、⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。	
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委 任 状 代 理 人 記 入 欄 1	〒 - TEL - - 住 所 事業所名	代 理 人 ⑨ 記 入 欄 2 ( 事 業 主 ) 1 給与払い 2 個人払い
		事業主様が記入・捺印しますので、空白のままでも問題ありません。	

◆注意事項

- 被保険者は、①～⑦のうち必要な箇所を全てご記入ください。
- 在職者は、**事業主経由で給付金が支給されます。**  
その為、事業主を代理人とする⑦の委任状への署名・捺印が必要となります。
- 療養費支給申請書は、月ごと/人ごと/医療機関ごと/外来・入院ごとに分けてご記入ください。  
ただし、医療機関から処方された調剤薬局につきましては、医療機関と合わせて1枚にまとめて頂いて構いません。
- 退職者(予定含む)が療養費支給申請書を申請する際は、必ず**通帳**または**キャッシュカードのコピー**を添付してください。  
任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。
- 払い戻しの請求は、医師または医療機関等に診療の支払いをした日の翌日から数えて**2年**を経過すると時効となります。

受付日

被保険者(請求者)記入欄

被保険者氏名

健保 太郎

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

⑩ 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
⑩-1 家族の場合は その方の氏名	健保 花子	⑪ 生年月日	2 1. 昭和 年 月 日 2. 平成 0 2 0 3 0 4 3. 令和
⑫ 疾病名	右足首捻挫	発病または 負傷年月日	2 1. 平成 年 月 日 2. 令和 0 1 0 8 0 3
発病の原因 および経過 ⑭ (詳しく)	2	(原因および経過) 1. 病気 自宅にて階段を降りた際、足を踏み外した。 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	
⑮ 診療を受けた 医療機関および 調剤薬局	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	kenpo Clinic	70.collins st. Melbourne	R.plortny
⑮-1 診療日	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	オーストラリア		
⑮-2 診療を受けた期間	2 1. 平成 年 月 日から 2. 令和 0 1 0 9 0 3	2 1. 平成 年 月 日まで 2. 令和 0 1 0 9 1 0	診療期間 8 日
⑯-1 診療日	令和元年9月3日、9月10日		診療実日数 2 日
⑯-2 上記の期間 に入院して いた場合は その期間	1. 平成 年 月 日から 2. 令和	1. 平成 年 月 日まで 2. 令和	入院日数 日
⑰ 療養に要した費用 の額	170	( AUD )	通貨単位を 記入してください(例:アメリカドル)
⑱ 診療の内容	レントゲン撮影、冷湿布		
⑲ 受診者の情報	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書記入現在海外勤務中 <input type="checkbox"/> 申請書記入現在既に帰任(海外勤務中の病気、ケガ) <input type="checkbox"/> 海外旅行中の病気、ケガ(下部もご記入ください) 受診者の海外渡航期間 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		

被保険者記入欄

◆ 本申請書と合わせて以下書類をご準備ください。

- 領収証~~原本~~
  - 翻訳文
  - 渡航した事実が確認できる書類 ※1
  - 通帳またはキャッシュカードコピー ※2
  - 本人確認資料 ※3
- ※1. パスポートのコピー。ただし、海外勤務者は除く  
 ※2. 当健保資格喪失者の方のみ対象  
 ※3. マイナンバーを記載した方のみ対象

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

(3/4)

記入例

1. Please fill in this form so that patient may claim the socila insurance benefit.
2. This form should be completed and sired by the attending physician.
3. ※13. Please fill in this description of service other than listed items marked.
4. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
5. Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

Name of Patient 患者名 <b>Hanako Kenpo</b>		Date of Birth 生年月日 <b>4. 3. 2000</b>	Sex 性別 <input type="checkbox"/> M 男 <input checked="" type="checkbox"/> F 女
Diagnosis/Symptoms 診断 症状 <b>Right ankle sprain</b>		<input type="checkbox"/> Medical Check 健康診断 <input type="checkbox"/> Vaccination 予防接種 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊婦	
Medical contents 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 <b>2</b> days 日間 Office Visit 外来 Initial 初診	<b>30</b>	8. Hospitalization 入院診療 Admission 入院日 Discharge 退院日	
Outpatient or Home visit date 診療日	<b>03. 09. 2019 , 10. 09. 2019</b>	9. Operation 手術	
Subsequent 再診	<b>30</b>	Fixation 固定	
Home Visit 往診		Dressing 包交	<b>10</b>
2. Medication 投薬 Medicines 医薬費※ ※Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. ※処方した個々の薬の名称と量を記入してください。	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	10. Anesthesia <input type="checkbox"/> Local 局所 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
		<b>Cold compress 5days</b>	<b>20</b>
3. <input type="checkbox"/> injection 注射 <input type="checkbox"/> IV Treatment 点滴 <input type="checkbox"/> Phsrmary 薬剤		11. Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室	
4. Laboratory(Specify) 検査		12. Radiology 画像診断 <input checked="" type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断	<b>80</b>
5. Physiotherapy 理学療法		<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査	
6. Medical Supplies 医療器材		<input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断	
7. Hospital Visit 入院時医学管理		※13. Other その他	
Unit is 貨幣単位		Total Fee 合計	<b>170</b>
Was the treatment reluiored as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか?		yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>
Name and Address of Physician/Hospital,Clinic,Office 医師の氏名及び住所又は病院、診療所の名称及び所在地 <b>R. plorty kenpo Clinic 70. collins. st. Melbourn</b>			
Date 月日 <b>10. 09. 2019</b>	Physician's Signature 医師の署名 <b>(Sign)</b>		

診断・症状

右足首捻挫

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2・3・6 薬等の内訳(薬の名称、投与量等)

冷湿布 (5日分)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4・5・10 諸検査の内訳

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9・12 手術・画像診断内容

レントゲン撮影

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. その他(項目明記)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

XXN. S. W. Australia

氏名 健保 太郎



電話 03-1234-5678

申請者の方へ  
1. ※印(13. その他)に医師の記入がある場合は必ず邦訳部分に和訳を記入して下さい。  
2. 診断・症状を邦訳部分に記入して下さい。