

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 は マイ ナ ン バ ー	記 号	番 号	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)		③ 生 年 月 日	年 月 日	1. 昭和 2. 平成	
	② ※右記を必ず確認の上、必要事項を漏れなくご記入ください。	KDDI健康保険組合 理事長 殿 KDDI健康保険組合が海外療養費支給申請書類にある事実(医療行為を行った日時、場所、療養内容等)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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。					
	④ 現 住 所	〒 -					
⑤ 電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL	-	-				
※ 退 職 者 必 須	◆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						
	⑥ 口 座 情 報	銀行名	本支店名	預金種別	口座名義(カナ)		
		<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通預金	口座番号(ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください)		
※ 在 職 者 必 須	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑧の代理人に委任します。			令和	年	月 日
		住所・氏名・押印			※現住所④と同じ場合は右の四角に✓を入れてください。 現住所と同じ		
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委 任 状 代 理 人 記 入 欄 1	〒	-	TEL	-	-	
		住所	事業所名		⑨ 代 理 人 記 入 欄 2 (事業主)		1 給与払い 2 個人払い

◆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

被保険者氏名

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	⑩ 受診者	<input type="checkbox"/> 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	⑪ 生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 3. 令和	
	⑫ 疾病名	⑬ 発病または 負傷年月日	年 月 日 1. 平成 2. 令和	
	⑭ 発病の 原因および 経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 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 薬剤薬局	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	(国名)	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	⑯ 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日まで	診療期間 <input type="text"/> 日
	⑯-1 診療日	診療実日数 <input type="text"/> 日		
	⑯-2 上記の期間 に入院して いた場合は その期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日まで	入院日数 <input type="text"/> 日
	⑰ 療養に要した費用 の額	() 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				
⑲ 受診者の情報	<input 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			

◆ 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

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		Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis/Symptoms 診断 症状			<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 Office Visit 外来 Initial 初診		days 日間	8.Hospitalization 入院診療 Admission 入院日 Discharge 退院日		days 日間
Outpatient or Home visit date 診療日			9.Operation 手術		
Subsequent 再診			Fixation 固定		
Home Visit 往診			Dressing 包交		
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 脊髄 <input type="checkbox"/> General 全身		
3 <input type="checkbox"/> injection 注射 <input type="checkbox"/> Phsrmary 薬剤		<input type="checkbox"/> IV Treatment 点滴	11.Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室		
4.Laboratory(Specify) 検査			12.Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断		
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		
Was the treatment reluires 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 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					
Date 月日		Physician's Signature 医師の署名			

診断・症状

2・3・6 薬等の内訳(薬の名称、投与量等)

4・5・10 諸検査の内訳

9・12 手術・画像診断内容

13. その他(項目明記)

翻訳者

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____

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。