

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

※は記入不要

被保険者証			国名		申請理由		
記号		番号			海外赴任中・海外旅行中・その他()		
被保険者氏名 (請求者)			生年月日		従業員番号(8桁)		
			年 月 日				
傷病名			発病又は負傷 の年月日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
発病又は負傷の原因							
傷病の経過							
診療を受けた医療機関の		名称	医師の氏名				
		住所					
診療内容							
入院の期間			年 月 日 ~ 年 月 日		入院日数	日間	
外来診療日(診療日列記)					診療日数	計 日	
診療に要した費用の額(現地通貨)		\$ SFr.		備考			
第三者行為によるものか		第三者行為によって負傷したときは		その事実の届出の有無		第三者の氏名と住所(不明の時はその旨)	
はい・いいえ				ある・ない			
申請が被扶養者に関するものである時はその者の		氏名	生年月日		続柄		
			年 月 日				
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者の氏名 (請求者の氏名)</p> <p>ネスレ健康保険組合 御中</p>							
*振込先	銀行			支店	1. 普通 2. 当座	口座番号	

※ 健保 使用 欄	申請内容区分			疾病コード			
	本人・家族・3歳未満・高齢者			入院・外来			
	総医療費		現地通貨	円換算額	レート(日現在)	決定金額	
算定明細:					常務理事		給付担当

*振込先は基本的には被保険者の給与口座になります。

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient / home visit.
各月毎、入院・外来・往診毎に付この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the Classifications Table on Sheet 1 and 2).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(Sheet1と2の分類表参照) _____
3. Date of First Diagnosis: DD/MM/YY
初診日 _____
4. Days of Diagnosis and Treatment _____ Days
診療日数 _____
5. Type of Treatment
治療の分類 DD/MM/YY DD/MM/YY
 Hospitalization : From _____ To _____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
 Out patient or Home Visit : _____ , 200 _____ , 200
外来・往診 _____ , 200 _____ , 200
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか? はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

* この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を添付してください。

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization—outpatient and home visit.
各月毎、入院・外来・往診毎に付この様式1枚が必要です。

Form B
様式 B

Itemized Receipt

領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$	_____	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$	_____	
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$	_____	
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$	_____	
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____	
(6) Consultation	診察費	\$	_____	
(7) Operation	手術費	\$	_____	
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$	_____	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	_____	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	_____	
(11) Medicines	医薬費	\$	_____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	_____	
(13) Anesthetics	麻酔費	\$	_____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$	_____	\$ _____
		\$	_____	\$ _____
(16) Total	合計	\$	_____	

Please be as specific as possible regarding details of estimation. Any relevant additional information should be attached on a separate sheet.

左記に記載した項目の積算根拠について、項目毎にできるだけ詳しく記入して下さい。必要に応じて別紙に記入し、添付して下さい。

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

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title
名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone

住 所 Office 病院又は診療所 Phone

Date : Signature
日付 署名

*この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を添付してください。

■ 邦 訳 (A)

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 記 入 欄	
名前	<input type="text"/> 印
住所	電話 <input type="text"/>

■ 邦 訳 (B)

15. その他(項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名前	<input type="text"/> 印
住所	電話 <input type="text"/>