

## 療養費・第二家族療養費支給申請書(海外用)

申請書番号		事業所名			
所 属		従業員番号		連絡先 電話番号	
被保険者証 記号番号	—	氏 名	印		

本人記入欄	傷 病 名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
	発病又は 負傷原因		傷病の経過			
	日本国内で受 診できなかった 理由	<input type="checkbox"/> 出向中(家族帯同含む) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他( )	診療を受けた 医師その他の 者の住所・氏 名電話番号			
	患者氏名		診療を受け た期間	自 年 月 日		
		年 月 日生 続柄		至 年 月 日		
	診療に要した 費用の額	通貨		診療内容	別紙の通り	
		金額		第三者の行為 による場合	その事実	
		國名			第三者の 住所・氏名	
請求金額の受領を事業主に委託いたします。						
氏 名 印						

<添付書類>

①	診療内容明細書(歯科の場合は歯科診療内容明細書)
②	領収明細書
③	調査に関わる同意書
④	現地医療機関発行の領収書原本
⑤	パスポートの写し(氏名及び、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できるページ)※業務命令により海外勤務を行っている場合は不要

支 給 並 び に 支 出 決 済 伺											
組合記入欄	請求額		円	支 給 決 定 額	療養費		円	常務理事	事務長	係	
	査定額		円		食事療養費		円				
	一部負担 金額		円		高額療養費		円				
					療養附加金		円				
					計		円				

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 National Health Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 \_\_\_\_\_

3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
初診日 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年

4. Duration of Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日

5. Type of Treatment  
治療の分類

Hospitalization : From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院 自 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年 , 至 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ 日間)

Out patient or Home Visit : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
入院外 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要

7. Prescription , Operation and Any other treatment (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   
治療は事故の障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 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ phone 電話 \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ phone 電話 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

This form is used for claiming the health insurance benefit.  
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT  
歯科診察内容明細書

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex 性別  M 男  F 女

Initial office Visit 初診日 \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ Day of Services 診察日数 \_\_\_\_\_ days

Tooth Number 歯式																									
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																	
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
R								L								R								L	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K

Services 診察内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診察内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察		_____	8. Filling Amal. 充填 アマル	1 serf. _____	_____
2. X-ray レントゲン 診断	Bite-Wings 咬翼型 ×	_____	2 serf. _____		_____
	Periapical 標準型 ×	_____	3 serf. _____		_____
	Panoramic パノラマ ×	_____	Comp. 1 serf. _____		_____
Models スタディモデル			2 serf. _____		_____
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	_____	レジン 3 serf. _____		_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去		_____	面		_____
	Florid フッ化物塗布	_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
5. Extraction 抜歯		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		_____
6. Periodontal Scaling / Root planning 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	Post c Core メタルコア		_____
	Gingival Curettage 盲嚢搔爬	_____	11. Crown Porcelain / Gold 冠 ポーセレン・金		_____
7. Pull Cap 歯髄覆罩		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
	Pulpotomy 歯髄切断・抜髄	_____	Other その他		_____
	Root Canal Therapy 根管治療	_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	_____
	1 Canal _____	_____			_____
	2 Canal _____	_____	Pontic ダミー		_____
	3 Canal _____	_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
	根管 _____	_____	14. Other その他 _____		_____

Total Fee 合計 \_\_\_\_\_

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所又は歯科医師の名称及び所在地

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

## 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)	X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9)	Medication	医薬費	\$	_____
(10)	Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11)	Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12)	Others (specify)	その他 (項目明記)	\$	_____ \$ _____
(13)	Total	合計	\$	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係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

名前 : Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
 姓 名 称号

Address : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

住所 : Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

日付 署名

# 調査に関する同意書（海外療養費）

## Agreement of Authorization

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

・ 患者 Patient

(患者氏名 Name of the insured) \_\_\_\_\_

(住所 Address) \_\_\_\_\_

(生年月日 Date of birth) Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

三菱重工健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）\_\_\_\_\_は、三菱重工健康保険組合の職員あるいは、三菱重工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、三菱重工健康保険組合へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mitsubishi Heavy Industries Health Insurance Association

I (patient who has received treatment) authorize Mitsubishi Heavy Industries Health Insurance Association 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、治療を受けた被保険者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.

(被保険者氏名 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 [ \_\_\_\_\_ ]