

海外療養費支給申請添付書類様式

海外療養費は海外の医療機関で実際にかかった費用の組合負担分(7～9割)が償還される訳ではなく、国内における保険診療の範囲内(支払った費用がこれを下回った場合は、実際にかかった費用の組合負担分)で支給決定されます。

※海外旅行保険等、個人で保険に加入されることをお勧めいたします。(保険に加入されていても海外療養費は支給されます)

※治療を目的として国外へ行った場合は、海外療養費の対象となりません。

被保険者の皆さんへ

- 1、 様式A,Bは担当の医師に証明を受けてください。
- 2、 (1)受診者 (2)受診月 (3)医療機関 (4)入院・外来それぞれ一枚ずつ証明を受けてください。
例：4月に外来患者として通院し、途中で入院、5月半ばに退院した人は、4月分は外来1枚・入院1枚、5月分は入院1枚の計3枚が必要となります。
- 3、 “様式A 翻訳”の2, 6, 7および“様式B 翻訳”の10, 11, 15については翻訳を付し翻訳された方の住所・氏名をご記入ください。
- 4、 海外から申請する時は事業主（国内に残った家族も可）を経由してください。
- 5、 当組合から直接海外へ送金はいたしません。事業主が受け取る場合は、委任をチェックしてください。
- 6、 償還の請求期限は医師又は病院等に費用の支払をした日の翌日から2年です。

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____

Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____ Sex 性別 _____ Male 男 ・ Female 女

2. Name of Illness or Injury preferably with the Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance
(Please refer to the table attached to this form.) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____ (No. _____)

3. Date of First Diagnosis 初診日 _____

4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

5. Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization 入院 From _____ to _____ (_____ days)

Out patient or Home Visit 入院外 Month 月: _____ Year 年: _____

Date 日付: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

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? 治療は事故の傷害によるものですか。

Yes はい ・ No いいえ _____

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳

▷ Fill in Form B 様式Bによる

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 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式A 翻訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____ (No. _____)

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Name of Patient (Last , First) 患者名 _____

Country 国名 _____

Currency unit 通貨単位 _____

Item (項目)		Amount (金額)
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 (職業看護師費)	
9	X-ray Examinations (X線検査費)	
10	Laboratory Tests (諸検査費) Please fill in the content of the Laboratory Tests. 諸検査の内容を記入してください。	
11	Medicines (医薬費) Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. 処方した薬の名称と量を記入してください。	
12	Surgical Dressing (包帯費)	
13	Anesthetics (麻酔費)	
14	Operating Room Charge (手術室費用)	
15	The Others (その他・特記) (Specify)	
Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.
特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

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 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式B 翻訳

10. 諸検査費の内訳

11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

15. その他（特記事項）

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication	年 Year	月 Month	日 Day
患者名 Name of Patient	_____		
住所 Address	_____		
生年月日 Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day

日本自動車部品工業健康保険組合 宛

私（療養を受けた者）、_____ は、健康保険組合の職員又は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、パスポートを提示することも併せて同意します。

To : Japan Auto Parts Industrial Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize 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 Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。

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）が署名してください。

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	_____		
住所 Address	_____		
日付 Date	年 Year	月 Month	日 Day
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か月間です。

This agreement of authorization expires 6 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いただくことがあります。

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.