

【記入例】

No. _____

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|--|--|--|----|----------|------|----------------|-----|---|---|
| ※ 組 合 記 入 欄 | 海外療養費の種別 | <input type="checkbox"/> 海外出張・現場駐在時の私傷病 <input type="checkbox"/> 私的旅行時の私傷病 | | | | | 決定標準報酬月額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | | |
| | 支給決定の額 | 法定 | | | | | 千円 | | | | | |
| | | 付加 | | | | | 資格等 | 取得 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | 合計 | | | | | 喪失 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 支給額算定内訳 | | | | | | 備考 | | | | | | |

健康保険 **被保険者** 家族 海外療養費・海外療養費付加金支給申請書 (1/2)

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|------------------------------|---|-----------------------|----------------|-----|-----|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の記号 | ××× | ② 勤務している、または勤務していた事業所(会社)の名称 | (任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。) | | | | | | | | | | | | | |
| | 番号 | 〇〇〇 | 〇〇〇〇株式会社 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③ 被保険者氏名 | 日 揮 太 郎 | | ④ 生 年 日 | 昭 和 | 58 | 年 | 11 | 月 | 23 | 日 | | | | | | |
| | ⑤ 申請が被扶養者の場合はその者の | ⑦ 氏 名 | | ① 生 年 日 | 昭 和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑦ 被 保 險 者 と の 続 柄 | | | | | | | | |
| | ⑥ 申請者の住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦ 傷 病 名 | 感冒 | | ⑧ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日 | 令 和 | 1 | 年 | 6 | 月 | 10 | 日 | | | | | | |
| | ⑨ 国 名 | 台湾 | | (負傷の場合は 時頃) | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑩ 診療を受けた医療機関の | ⑦ 名 称 | 潘内科診所 | | ① 所 在 地 | 高雄市前金区中華三路一五八號 | | | | | | | | | | | |
| | ⑪ 診療に従事した医師の | ⑦ 氏 名 | 潘 牧 民 | | ① 住 所 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑫ 診療又は手当を受けた期間 | 令和 1 年 6 月 21 日から | その日数 | 3 | ⑬ 診 療 に 要 し た 費 用 の 額 | 560. - | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 1 年 6 月 23 日まで | 日 | | (通貨名 NT\$) | | | | | | | | | | | | |
| | ⑭ 診療日各日付の下の空欄に | 6 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | 通院は(受)を | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | 入院は(入)を記入 | | | | | | (受) | (受) | (受) | | | | | | | | |
| | ⑮ 第三者の行為について | ⑦ 第三者行為の負傷か否か | ある・ない | | ① その事実の届出の有無 | ある・ない | | | | | | | | | | | |
| | ⑦ 第三者の氏名と住所 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (不明なときはその旨) | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------------|---|----------------------|
| 委 任 状 | 本申請に基づく海外療養費および同付加金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | (任継者・特退者は記入不要) | |
| | 被保険者 氏名 日 揮 太 郎 | 代理人 (事業主) 氏名 日 揮 太 郎 |

| | |
|-------------|--------------|
| 事業所 担当者印 | 【添付書類】 |
| | 1. 領収明細書 |
| | 2. 疾病発生状況報告書 |

※ 受 付 日 付 印

〔記入例〕

海外療養費・海外療養費付加金支給申請書 (2/2)

Blanks to be Filled in by Doctor

病院、診療所の医師記入欄

Please fill in these blanks to allow the patient to claim the reimbursement, by the Japanese medical insurance, for the costs he paid to the medical institution.

この欄は、患者が医療機関に支払った費用を日本の医療保険に請求するため、必要につきご記入下さい。

| | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|-------|
| NAME OF INJURY OR SICKNESS 傷病名 | | | |
| DIAGNOSIS 診療 | Examination From 診察 | • • To ~ • • days 日 | |
| | Home Visits From 往診 | • • To ~ • • days 日 | |
| | Hospitalizatic From 入院 | • • To ~ • • days 日 | |
| EXPENSES FOR MEDICAL SERVICES 診療費用 | Examination 診察 | | |
| | Home Visits 往診 | | |
| | Medicaments 投薬 | | |
| | Detailed Examination 検査 | | |
| | X-Ray Examinations レントゲン | | |
| | Injection 注射 | | |
| | Oper 手術 | | |
| | Hospitalization 入院 | | |
| | Professional Nursing 職業看護 | | |
| | Other その他 | | |
| TOTAL 合計 | | | |
| Comments when necessary to move to another hospital or have him (her) return to home country 他の病院への移送又は帰国させる必要があるときはその所見 | | | |
| I acknowledge receipt of the abovementioned sum of money. 上記金額を受領いたしました。 | | Date: 年.月.日 | |
| Signature of doctor: 医師署名 | | | |

病院、診療所の医師記入欄

Blanks to be Filled in by Pharmacist

薬剤師記入欄

Please fill in these blanks to allow the patient to claim the reimbursement, by the Japanese medical insurance, for the costs he paid to the dispensary.

この欄は医師の処方せんにより、患者が薬局に支払った費用を日本の医療保険に請求するため必要につきご記入下さい。

| | | |
|--|------------------------|----------------|
| NAME OF MEDICAMENTS: 薬剤名 | (For (Days) 日分) | CHARGES: 料金 |
| 薬剤師記入欄 | | |
| I acknowledge receipt of the abovementioned sum money. 上記金額を受領いたしました。 | | Date: 年.月.日 |
| Signature of Pharmacist: 薬剤師署名 | | |