

【記入例】

No.

Table with columns for insurance type (海外療養費), payment details (支給決定の額), and recipient information (担当者).

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

Main application form with fields for insured person (日揮太郎), spouse (日揮花子), medical details (感冒), and treatment costs (560. NT\$).

委任状 (Power of Attorney) section with fields for the insured person (日揮太郎) and the agent (日揮).

事業所担当者印 (Business Representative Seal) field.

- 【添付書類】
1. 領収明細書
2. 疾病発生状況報告書

※ 受付目付印 (Receipt Stamp)

〔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	