

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定							記入不要			
		付加										
		食事										
期間	平成 年 月 日から	資	得	昭	和	・	平成 年 月 日	喪	平成 年 月 日			
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%											

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外)
家族

認印可
シャチハタ不可

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号	999	②被保険者の氏名・押印	健保 太郎		
		番号	999999	●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要			
	③被保険者の住所	〒999-9999		〇〇県△△市××99-99		専用線可	
	④日中連絡の取れる電話番号	□自宅 □勤務先	99-9999-9999	□自宅 □勤務先	-		
	⑤被保険者の本籍会社名	〇〇××株式会社					
	⑥傷病名	虫垂炎		⑦発病又は負傷の年月日	平成 24 年 12 月 1 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑧発病又は負傷の原因	不詳		⑨第三者の行為によるものですか	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	⑩診療を受けた医療機関の	(a)名称	ホノルル病院	(c)所在地	100 Kapiolani, Honolulu, Hawaii 97300		
		(b)医師名	John Smith	(d)国名	アメリカ合衆国		
	⑪診療の内容	入院及び手術					
⑫診療の期間	平成 24 年 12 月 1 日から	平成 24 年 12 月 5 日まで	5 日間	⑬診療に要した費用・通貨	US\$ 1,180_		
⑭療養の給付を受けられなかった理由	海外旅行中であつたため						
⑮被扶養者に関する申請のとき	(a)氏名	健保 花子	(b)生年月日	昭・平 50 年 4 月 14 日	(c)被保険者との続柄		
					妻		
⑰で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座を記入	時点を被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に						
⑱この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・退職者医療制度)に加入していますか	□はい⇒⑰へ				<input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑱へ		
⑲振込希望口座	銀行	銀行普通店番	支店当座	〒			
●銀行が郵便局のどちらか一方を記入	郵便局	記号	番号	〒			
⑳委任状(押印必須)	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、の受領方を委任します。						
●外国国籍を有する方のみサイン可	被保険者住所		〇〇県△△市××99-99		被保険者氏名		
	健保 太郎				平成 24 年 12 月 20 日		
					委任状を記入した日		

(注) この申請書には添付書類が必要です。

【注意事項】

- 『療養費支給申請書(海外)』は診療月毎の入院、外来(入院外)に分けてご記入下さい。
- 添付書類(原本)
 - 『診療内容明細書(様式A)』 現地医師の証明。診療月毎の入院、外来(入院外)に分けてご準備下さい。
 - 『領収明細書(様式B)』 現地医師の証明。診療月毎の入院、外来(入院外)に分けてご準備下さい。
 - 『日本語訳』 診療内容明細書が外国語の場合は日本語訳の添付が必要です。
 - 『領収書』
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であつて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059

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・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of patient(Last,First) Date of Birth (Age) Sex (Male · Female)
患者氏名 **健保 花子** 生年月日 (年齢) **S 50 . 4 . 15** 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 other side of this form)

傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 **虫垂炎** **1112**

3. Date of First Diagnosis : **1 . December , 2012**
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment **5** days
診療日数

5. Type of Treatment

治療の分類

Hospitalization : Form **1 . December , 2012** to **5 . December , 2012** (**5** days)

入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)

Out patient or Home Visit : _____ , **20** _____ , **20**

入院外 _____ , **20** _____ , **20**

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

症状の概要

発熱 腹部の痛み

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

虫垂切除

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 **Smith** First 名 **John**

Address 住所 Home 自宅 _____ Phone _____

Office 病院又は診療所 **ホノルル病院** Phone _____

Date 日付 **5 . December , 2012** Signature 署名 **John Smith**

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

Itemized Receipt
領収明細書

(1) Free for Initial Office Visit	初診料	\$ 30	
(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	\$ 500	
(6) Consultation	診察費	\$ 650	
(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	\$ 1,180	

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 Smith	First John	Title
名前	姓	名	
Address	Home 自宅		Phone
住所	Office 病院又は診療所 ホノルル病院		Phone
Date	5. December, 2012	Signature	<i>John Smith</i>
日付		署名	

日本語訳

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

1112. 虫垂炎

6. 症状の概要

発熱、腹部の痛み

7. 処方、手術、その他の処置の概要

虫垂切除

15. その他

診療内容明細書 (FormA) が外国語で記入されている場合は『日本語訳』の添付が必要です。

翻訳者 氏名

健保 花子



〔訳者が本人の場合も
書いてください。〕

住所 ○○県△△市××99-99

電話番号 99 (9999) 9999