海外 療養費・第二家族療養費支給申請書

日本電気健康保険組合 御中

被保険者記入欄

被保険者証記号・番号	記号		番号	会社名	TEL/NET　－　－
令和　年　月　日				所属	メールNo.　－
氏名				自宅住所 〒	
生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日					
在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。				TEL　－　－	

治療を受けたのは被保険者本人ですか、家族ですか。 右記欄に○をつけてください。				本人 ・ 家族	
家族が治療を受けたとき その者の氏名	フリガナ / 氏名		続柄	生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	NEC健保扶養認定日 昭和 平成 令和　年　月　日
渡航の目的（右記欄に○をつけてください）	本人の場合			家族の場合	
	①在任	②出張	③私的旅行	①被保険者の在任に帯同	②私的旅行
渡航の期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで ・ 継続渡航中				
渡航国名				通貨の名称	
傷病名				発病または負傷した日	令和　年　月　日
発病または負傷の発生場所および原因					
どこで	何をして			どのように発病（負傷）したか？	
診療を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで（　日間）		通院 ・ 入院	診療等に要した費用（外貨で記入）	
必要な添付書類	①診療内容明細書（診療の内容、薬の明細がくわしく記入されたもの） ②領収明細書 ③領収書 ④日本語翻訳（翻訳者の住所・氏名を付記したもの）			注意事項	①添付書類についてはすべて翻訳が必要です。 ②原本を提出してください。 ③書類に不備がある場合は受付できません。

退職者・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。

金融機関名 / 銀行 / 支店	口座番号 / （普通）	フリガナ / 名義		退職年月日 令和　年　月　日

事業主記入欄

令和　年　月　日　事業所名

上記のとおり証明します。
委任を受けた保険給付金は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。

事業主名（代理人）

健康保険組合記入欄

資格取得日 昭和・平成・令和　年　月　日			資格喪失日 令和　年　月　日			支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで（　日間）
算出の基礎　支給決議日 令和　年　月　日　邦貨換算率　円						支給額	円
							円
						高額療養費	円
承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項	受付年月日

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
   この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
   この様式は担当医が記入し、署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
   月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書 (C)

1. NameofPatient(Last,First) _____ Age (Date of Birth)_____ Gender(Male/Female)
   患者名 年齢（生年月日） 性別（男・女）
2. Name of Illness.
   傷病名

   _____
3. Date of First Diagnosis: _____
   初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
   診療日数日間
5. Type of Treatment
   治療の分類
   ☐ Hospitalization: From _____ , _____ to _____ , _____ days)
   （1）入院自至 (日間)
   ☐ Outpatient or _____ , _____ _____ , _____
   Home Visit
   （2）入院外 _____ , _____ _____ , _____
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、検査の概要

   _____
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か。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician.:Fill in Form (B)
   項目別治療実費 様式（B）による
10. Name and Address of Attending Physician
    担当医の氏名および住所

    Name 氏名: Last 姓 First 名 Title 称号
    Address 住所: Home 自宅 Phone 電話
    Office 病院または診療所 Phone 電話
    Date 日付 Signature 署名
    Attending Physician 担当医

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

	翻訳者記入欄
氏名	
住所	(TEL)

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
   この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
   この様式は担当医が記入し、署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit)should be filled out.
   月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書 (D)

Name of patient (Last, First) (患者名) _____ Age (Date of Birth) 年令（生年月日）_____ Gender (Male・Female) 性別（男・女）

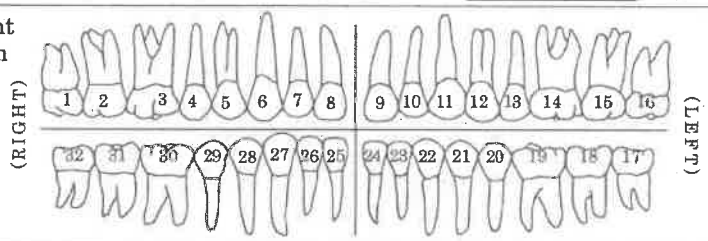
Date of First Diagnosis（初診日）：_____ _____

Days of Diagnosis and Treatment（診療日数）：_____ days

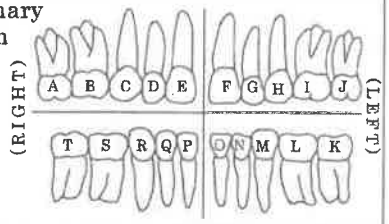
Permanent tooth

(Upper)

(Lower)



Primary tooth



Tooth No, of Letter	Description of Service (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used . ETC.)	Date MO.	Date DA.	Date YR.	Amount
	Total Amount				

Name and Address of Attending Dentist
担当医の氏名および住所

Name 氏名 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所：Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署 名 _____

Attending Dentist 担 当 医

Reference Number of your Medical Record (if appilicable)

	翻 訳 者 記 入 欄
氏名	
住所	(TEL)

HP0603K02

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
   この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
   この様式は担当医が記入し、署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
   月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars,please specify the unit used.
   ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt

領収明細書(E)

(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	入院管理費	$	
(5)	Hospitalization	入院費	$	
(6)	Consultation	診察料	$	
(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)	Anaethetics	麻酔費	$	
(14)	Operating Room charge	手術室費用	$	
(15)	Others(Specify)	その他 (項目明記)	$	$
			$	$
(16)	Total	合　計	$	Unit is 貨幣単位

Important Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.
注　意：高級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 / Superintendend of Hospital or Clinic
担当医または病院事務長の氏名および住所

Name 氏名 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date日付 _____ Signature署名 _____

	翻訳者記入欄
氏名	
住所	(TEL　－　－　)

HP0603K02