

# 記入例

JSR健康保険組合 御中

**海外用**

被保険者(本人)

被扶養者(家族)

療養費支給申請書

係	事務長	常務理事
押	印	不要

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、  
③資格確認書のいずれかをご確認ください。

事業所健保窓口または健保組合へ提出する日を記入して下さい。

いずれかにチェックして下さい。

申請日		令和 **年 **月 **日	
被保険者等記号・番号	記号 **	番号 ****	被保険者氏名 <b>健保 太郎</b>
被保険者の現住所	海外駐在員の方は、海外での現住所を記入して下さい。 *****		事業所名称 *****
受診者氏名	<b>健保 花子</b> (被保険者との続柄: <b>妻</b> )	受診者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 **年 **月 **日 <input type="checkbox"/> 令和 (受診日時点年齢 ** 歳)
傷病名	傷病名がわからない場合は、症状を記入して下さい。	発病又は負傷年月日	令和 **年 **月 **日
発病又は負傷の原因および傷病の経過	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高熱が出たため、病院で診察を受け薬をもらった</li> <li>・自宅で遊んでいるとき、イスから落ちて、頭を打った</li> <li>・奥歯が虫歯で、1本に金属冠(セラミック)を被せた</li> </ul>		
診療を受けた医療機関の名称・所在地	<b>〇〇Clinic</b> <b>1234*****CA98765</b>		
診療期間	自 令和 **年 5月 15日 至 令和 **年 5月 22日	2 日間	入院外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
診療内容	簡単な表現で結構ですので、何をしてもらったかがわかるように記入して下さい。 <b>診察、血液検査、薬の処方</b>	診療に要した費用の額 (現地通貨で記入)	<b>(総額\$500-現地保険\$200)</b> <b>300.00 US\$</b>
渡航目的	本人 <input type="checkbox"/> 海外勤務 <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 研究・教育派遣 <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> その他( )	家族 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> その他( )	「その他」の場合は、渡航目的を記入して下さい。
傷病が第三者の行為によるものであるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為	その事実の届出をJSR健保組合へ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
※1	金融機関名	支店名	
振込希望口座 (日本国内口座) (被保険者名義)	<b>〇〇</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	<b>××</b> <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	金融機関コード	店番コード	種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	****	***	口座番号(右ヅメ) *****
			口座名義(カタカナで記入) <b>ケンポ タロウ</b>

症状とその後の経過をできるだけ詳しく記入して下さい。  
外傷性の負傷の場合は、どこで、何をしているとき、どうなったかなどを詳しく記入して下さい。

現地保険(任意保険除く)の戻りがある場合は、計算式の形で記入をお願いします。

実際の診療を受けた日の合計日数

簡単な表現で結構ですので、何をしてもらったかがわかるように記入して下さい。

「その他」の場合は、渡航目的を記入して下さい。

いずれかにチェックして下さい。

※1 日本国内の金融機関口座を記入して下さい。

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

【医科の場合の添付書類】  
①別紙「診療内容明細書(医科用)」→医師記入  
②①の内容の翻訳→翻訳者記入  
③領収書(原本)

【歯科の場合の添付書類】  
①別紙「診療内容明細書(歯科用)」→医師記入  
②①の内容の翻訳→翻訳者記入  
③領収書(原本)

**必要事項をもれのないように記入して下さい。  
記入不備があると審査できない場合があります。**

**添付書類を忘れずに。また、書類はすべて原本を提出して下さい。**

**現地保険からの戻りがある場合は、受診日ごとの医療費総額、  
保険戻り額、最終自己負担額がわかる書類を添付して下さい。  
審査の際に大変助かりますので、ご協力をお願いいたします。**

見本

全項目について、医師の記入・署名が必要です。本人は記入できません。

This form is used for claiming the health insurance benefit  
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

(医科用)

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis 診断	Symptoms 症状	
Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要(診療内容)		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠

外国語で書かれている箇所は、余白に邦訳を記入して下さい。

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of services 受診日 <input type="checkbox"/> Initial Visit 初診 . . . . .20 <input type="checkbox"/> Subsequent Visit . . . . .20 再診 受診日を記入してもらおう <input type="checkbox"/> Home Visit . . . . .20 往診 Total 合計 ____ Visits 回		7. Inpatient 入院 from . . . . .20 to . . . . .20 (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 ____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room 室料 Food 食事療養	
2. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Kind of medicine 薬剤の種類 薬が処方されていたら、薬剤名も記入してもらおう		8. Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 創傷 Other Procedure (specify) その他の処置	
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 皮下・筋注 点滴		9. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身	
4. Laboratory (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査		10. Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室	
5. Physiotherapy ____ times 回 理学療法		11. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/>	
6. Medical supplies 医療器材		12. Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書	

医師記入様式

医師に記入してもらおう

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office 医師の氏名及び住所 又は 病院、診療所の名称及び所在地	Total Fee 合計
---	-----------------

ゴム印でも手書きでも構いません

Date 日付	Physician's Signature 医師の署名	Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号
------------	--------------------------------	--

翻訳者住所・氏名  
外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳(鉛筆可)を記入して下さい。ご自身の邦訳でも構いません。

※領収書が発行されず、この明細書が領収書の代わりとされた場合  
こちらの余白部分に、以下のことを記入して下さい。  
①領収書が発行されなかった理由  
(例: 明細書に記入してもらったため領収書が発行されなかった)  
②医師の領収した旨のサイン又はゴム印(Paid, Cash等)

※医師に記入・署名していただけなかった場合  
上記内容に準じて病院が発行した明細書原本を提出して下さい。患者氏名、受診日、傷病名、診療内容、医療費が記載されていることをご確認下さい。

見本

全項目について、医師の記入・署名が必要です。本人は記入できません。

This form is used for claiming the health insurance benefit  
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

(歯科用)

Attending Dentist's Statement  
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex 性別  M 男  F 女

Date of Services 受診日 From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_ Total 合計 \_\_\_\_\_  
受診日を記入してもらおう 受診日数を記入してもらおう

Table with columns for Permanent Tooth (永久歯) and Milky Tooth (乳歯), including tooth numbers and dental arches (R/L).

Name of illness (傷病名)  
Dental caries う蝕症 Missing teeth 欠損 Pyorrhea alveolaris 歯槽膿漏 The others その他  
患歯部位を記入してもらおう

Main table with columns: Dental treatment (歯科治療), Date of Services (治療日), Tooth No. (治療部位), Services/Material (診療内容/材料), Fee (料金). Includes a large red box for '医師記入様式' and a yellow callout box for material specifications.

医師に記入してもらおう

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地  
Total Fee 合計

\_\_\_\_\_ ゴム印でも手書きでも構いません

Date 日付 \_\_\_\_\_ 医師の証明日 Dentist's Signature 歯科医師の署名 \_\_\_\_\_ 医師のサイン

翻訳者住所・氏名  
外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳(鉛筆可)を記入して下さい。ご自身の邦訳でも構いません。

(R8.05)

※領収書が発行されず、この明細書が領収書の代わりとされた場合

こちらの余白部分に、以下のことを記入して下さい。  
①領収書が発行されなかった理由  
(例:明細書に記入してもらったため領収書が発行されなかった)

※医師に記入・署名していただけなかった場合

上記内容に準じて病院が発行した明細書原本を提出して下さい。患者氏名、受診日、傷病名、診療内容、歯科材料、医療費が記載されていることをご確認ください。