

健 保 組 合 使 用 欄	支払年月日	令和 年 月 日				常務理事	事務長	係長	係員	
	支 払 額	法定給付				円	被保険者資格取得日	年 月 日		
		付加給付				円				
		合計				円				
	診療日	令和 年 月 日から 日間				申請者資格取得日	年 月 日			
	受診国		通貨		レート	医療機関への支払額				
	算定方法	<input type="checkbox"/> 現地支払額					給付割合	計算式		
		<input type="checkbox"/> 給付算定額(レセ起こし)						計算式		
		<input type="checkbox"/> 国内基準点数						計算式		
	備 考									

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 記 入 欄	被 保 険 者	記号番号	従業員No.	フリガナ	生 年 月 日				
		-		氏名	昭和 平成 年 月 日 令和				
	被保険者の現住所	〒						TEL( ) -	
	事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所	所属					
	照会等の同意	トヨタ紡織健康保険組合が本療養費の支給可否決定をするため、医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答することに同意します。						被保険者氏名 (本人自署)	
	受 診 者 (申 請 者)	フリガナ				生 年 月 日			被保険者 との続柄
		氏名				昭和 平成 年 月 日 令和			
	傷 病 名 (傷病部位)				診療期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		
	症状の概要				診療日数	日間			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 傷病の原因が第三者による			状 況	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 中止			
国 名									
特 記 事 項	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 薬剤のみ <input type="checkbox"/> 手術あり			病院への支払額 *通貨明記					
海外で療養を受けた理由	<input type="checkbox"/> 海外出向、海外出張 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他( ) ※海外出向、海外出張以外はパスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の入出国スタンプのページ)を提出してください。								
給 付 金 振 込 先	1. 給付金の受領を委任するとき								
	委 任 状	私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。				私は上記給付金の受領を左記の者より委任しました。			
		令和 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署)				(受任者)			
2. 振込先を指定するとき 注)口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)									
金融機関名		支店名	預金種別	口座番号	フリガナ	口座名義			
			普通・当座						

被保険者またはその家族が海外に在任中または旅行中に負傷したり疾病にかかった場合の費用については、国内における保険診療の範囲内で償還されます。

※添付書類 歯科…「様式C 領収明細書(歯科)」 「支払領収書(原本)」 歯科以外…「様式A 診療内容明細書」「様式B 領収明細書」「支払領収書(原本)」

・外国語で書かれている書類については**全て翻訳**し、訳者の住所・氏名を書いたものを添付して下さい。翻訳がない場合は受付できません。

・傷病名(原因)によって「負傷原因書」が必要な場合もあります。

・治療終了後に提出して下さい(慢性病は除く) ・医療機関毎(通院・入院毎) 1ヶ月単位で申請下さい。

※提出経路：被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者(TBはトヨタパーソナルサポート課 略称:TPSC 国内給与部)→健保組合

【問い合わせ先】トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL 0566-26-0305 内線 811-3066

個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。

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書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient ( home visit ) should be filled out.  
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement.

Form A (様式A) 診療内容明細書

1. Name of Patient ( Last, First ) 患者名 \_\_\_\_\_  
Age ( Date of Birth ) 年齢 ( 生年月日 ) \_\_\_\_\_  
Sex ( Male · Female ) 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 診療日数 \_\_\_\_\_ days
5. Type of Treatment 治療の分類  
 Hospitalization 入院 : Form \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
 Outpatient or Home Visit 入院外 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)
6. Nature and Condition of Illness or Injury ( in brief ) 症状の概要  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Prescription , operation and other treatments ( in brief )  
処方、手術、その他の処置の概要  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ?  
治療は事故によるものですか？  Yes  No
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 担当医の名前・住所  
Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Office 病院 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Date 日付 \_\_\_\_\_  
Signature 署名 \_\_\_\_\_ Attending Physician 担当医  
Reference Number of your Medical Record ( if applicable )  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

■ 邦訳 (A)

2. 傷病名

---

6. 症状の概要

---

---

---

---

---

---

7. 処方、手術その他の処置の概要

---

---

---

---

---

---

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話

**Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic**

**担当医又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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient ( home visit ) should be out.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式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下さい。

**Form B  
様式 B**

**Itemized Receipt  
領 収 明 細 書**

( 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	入院管理料	\$	
( 5 ) Hospitalization	入 院 費	\$	
( 6 ) Consultation	診 察 料	\$	
( 7 ) Operation	手 術 費	\$	
( 8 ) Professional Nursing	職業看護師費	\$	
( 9 ) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	
(10) Laboratory Tests*	諸検査費	\$	*Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医 薬 費	\$	**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	
(13) Anesthetics	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 for a luxurious room charge.

注 意 :高級室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 / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所 : Home 自宅		Tel 電話
Office 病院又は診療所		Tel 電話
Date : 日付	Signature 署名	

■ 邦訳 (B)

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

---

---

---

(15) その他(項目明記)

---

---

---

---

---

---

---

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話

**Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic  
担当医又は病院事務長へのお願い**

- 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。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient ( home visit ) should be out.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。
- 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下さい。

**Form C  
様式 C**

**ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)  
領収明細書(歯科)**

Name of Patient 受診者名 \_\_\_\_\_ Age 年齢 \_\_\_\_\_ Sex ( Male Female ) 性別 \_\_\_\_\_  
Date of First Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_ Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ Days

<b>Permanent tooth</b>	<b>Localization of Teeth 部位</b>	<b>Primary tooth</b>
(Upper)		(Upper)
(Lower)		(Lower)

1. Name of Illness 傷病名

1.Dental Caries う蝕症	2.Missing Teeth 欠損	3.Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4.The Others その他
_____	_____	_____	_____

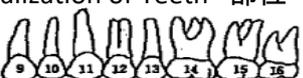
2.Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Date (年月日)			Fee 治療費
			MO.	DA.	YR.	
*Initial Office Visit 初診科						
*X-Ray Examination レントゲン検査						
*Dental Pulp Extirpation 抜髄						
*Extraction 抜歯						
*Filling 充填						
*Inlay インレー						
*Metal Crown 金属冠						
*Post Crown 継続歯						
*Jacket Crown ジャケット冠						
*Bridge Workブリッジ						
*Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯						
*Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置						
*Medicine 投薬						
*The Others その他						
Total 合計						

Name of Dental Surgeon 医師の氏名 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_  
Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_

Name and Address of Dentist's Office  
歯科医院の名称及び所在地 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_

■ 邦訳 (C)

Permanent tooth		Localization of Teeth 部位		Primary tooth	
(Upper)	(RIGHT) 		(LEFT)	(RIGHT) 	(LEFT) 
(Lower)	(RIGHT) 		(LEFT)	(RIGHT) 	(LEFT) 

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Date (年月日)			Fee 治療費
			年	月	日	
*Initial Office Visit 初診科						
*X-Ray Examination レントゲン検査						
*Dental Pulp Extirpation 抜髄						
*Extraction 抜歯						
*Filling 充填						
*Inlay インレー						
*Metal Crown 金属冠						
*Post Crown 継続歯						
*Jacket Crown ジャケット冠						
*Bridge Work ブリッジ						
*Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯						
*Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置						
*Medecine 投薬						
*The Others その他						
Total 合計						

翻訳者記入欄	
名前	
住所	電話