

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

（注意事項）

1. 診療に要した費用の領収書の原本を添付してください。
 2. 診療以外を受診した場合は別紙の診療内容明細書（様式A）と領収明細書（様式B）を、歯科を受診した場合は別紙の歯科診療内容明細書（様式C）と領収明細書（様式B）を、それぞれ添付してください。また、それぞれの邦訳も必ず添付してください。
 3. 調査に関わる同意書については、下線が引かれている箇所を全て記入・押印し、添付してください。
 4. 給付金の受領を他人に委任する場合は、委任状を記入してください。その際、被保険者の印は⑩と同じ印鑑で押印してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	-		② 事業所 の名称			
	③ 受診者	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	被保険者 との続柄	
	④ 傷病名				⑤ 発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日	
	⑥ 発病又は 負傷の原因				⑦ 傷病の経過		
	⑧ 診療を受けた 医療機関	名称	国名	所在地	診療した医師等の氏名		
	⑨ 診療の内容				⑩ 入院・入院外の別	入院	入院外
	⑪ 診療の期間	自 平成 年 月 日から 至 平成 年 月 日まで	日間	⑫ 診療に要した 費用の額 (現地の通貨で記入)	[通貨の単位:]		
	⑬ 日本国内で受診 できなかった理由						
	⑭ 第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	ある ない	第三者の行為に よって負傷した ときは	第三者行為による傷病届の提出の有無	有 ・ 無		
			氏名		住所		
上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日							
⑮ 住所 被保険者 電話 () 氏名 ⑩ ⑪							

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
	平成 年 月 日						
	被保険者	住所	氏名				⑩
	代理人	住所	氏名				⑩

平成 年 月 日 提出

《備考欄》

受付日付印

東京トラック事業健康保険組合

事業所
担当者印

社会保険労務士
の提出代者行印

⑩

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年 _____月 _____日
・ Starting date of medication Year_____ Month _____ Day_____

・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年 _____月 _____日

・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year_____ Month_____ Day_____

東京トラック事業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、東京トラック事業健康保険組合の職員又は東京トラック事業健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを東京トラック事業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Tokyo Truck Industry Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Tokyo Truck Industry Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) _____年 _____月 _____日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.