

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等の 記号・番号	記号 番号	②被保険者(申請者)の 氏名及び生年月日	(フリガナ) S・H 年 月 日			
	③申請が被扶養者に関する ものであるときはその氏 名、生年月日及び続柄		生年 月日	S・H・R 年 月 日	続 柄		
	④被保険者 (申請者)の現住所	〒 TEL - - 方					
	⑤事業所の名称	TEL - -					
	⑥傷病名		⑦初診日	R 年 月 日			
	⑧発病又は負傷の原因						
	⑨症状の概要						
	⑩手術、処方その他の概要						
	⑪診療又は手 当の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	⑫受けた療養に対し 病院等に支払った額 (現地支払額及び国名)	現 地 支 払 額		
	委 任 状	⑬この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(申請者)の氏 名 住 所 代理人の会社名 氏 名					
⑭ 振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入してください。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。また、 <u>上記委任欄で受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。</u>						
	銀 行 金庫・信組 農協・漁協	銀行コード	預金種目	1. 普通 2. 当座			
	本店 支店	支店コード	口座番号				
⑮備考							

※この申請書に添えなければならない書類

- 診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B)又は歯科診療内容明細書(様式C)
- 上の明細書等が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所を記載したもの)
- 旅券・航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- 海外療養費の内容について、療養を担当した者に照会することに関する療養を受けた者の同意書

〔 受 付 印 〕

※記入上の注意

- 訂正がある場合は二重線で消し、正しい内容を記入の上、訂正者の氏名を記入してください。
- 被保険者証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、⑮欄へ記載してください。個人番号を記載した場合は、個人番号確認及び本人確認をするための添付書類が必要です。

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 health insurance benefit.
[この様式は患者の健康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、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.
[各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。]

Attending Physician's Statement

[診療内容明細書]

Form A [様式 A]

1. Name of Patient (Last, First) [患者名] Age (Date of birth) [年齢(生年月日)] Sex [性別]

_____ . _____ . _____ Male • Female
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.) [傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号]

(No. _____)
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]

From _____ . _____ . _____ to _____ . _____ . _____ (_____ days)

☐ Outpatient or Home Visit [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、手術その他の処置の概要]

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? [治療は事故の傷害によるものですか?]

Yes ☐ No ☐
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. : Fill in Form B [医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 : 様式B による]
10. Name and Address of Attending Physician [担当医の名前及び住所]

Name [名前] 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] _____

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 health insurance benefit.
[この様式は患者の健康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、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.
[各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。]

Itemized Receipt

[領収明細書]

Form B [様式 B]

- | | |
|--|----|
| (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 [診察費] | \$ |
| (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) The Others (Specify) [その他(特記せよ)] | \$ |
| | \$ |
| | \$ |
| | \$ |

- | | | |
|-----------------|----|----------------|
| (16) Total [合計] | \$ | Unit is [通貨単位] |
|-----------------|----|----------------|

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
[注意: 特別室料等、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 [担当医の名前及び住所]

Name [名前]	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]
-----------	----------------

Request to Attending Physician [担当医へのお願い]

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
[この様式は患者の健康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 the attending physician.
[この様式は担当医が記入し、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 filled out.
[各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。]

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


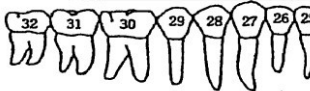


Form C [様式 C]

1. Name of Patient (Last, First) [患者名] _____ Age (Date of birth) [年齢(生年月日)] _____ Sex [性別] _____
 _____ Male • Female

2. Date of first Diagnosis [初診日] _____

3. Days of Diagnosis and Treatment [診療日数] _____ days

4. Localization of Teeth [部位]

Permanent tooth										Primary tooth									
(Upper)					(Lower)					(Upper)					(Lower)				
(RIGHT)					(LEFT)					(RIGHT)					(LEFT)				
																			

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]

Dental Treatment [歯科治療]	Localization of Teeth Examined [患歯部位]	Material [材料]	Date of Diagnosis and Treatment [日付]	Fee [治療費]
Initial Office Visit [初診料]			. .	
X-Ray Examinations [X線検査]			. .	
Dental Pulp Extirpation [抜髄]			. .	
Operation [手術]			. .	
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]			. .	
Medicines [投薬]			. .	
The Others [その他]			. .	
Total [合計]				

Name and Address of Attending Physician [担当医の名前及び住所]

Name [名前] 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] _____

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____(No. _____)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

令和 年 月 日

翻訳者 住所_____

氏名_____

電話_____ — —

様式B 邦訳

(10) 諸検査費（費用の内訳、諸検査の内容）

(11) 医薬費（費用の内訳、薬の名称及び量）

(15) その他（特記）

令和 年 月 日

翻訳者 住所

氏名

電話

様式C 邦訳

歯科治療	患歯部位	材 料	日 付	治療費
初診料			・ ・	
X線検査			・ ・	
抜髄			・ ・	
手術			・ ・	
抜歯			・ ・	
充填			・ ・	
インレー			・ ・	
金属冠			・ ・	
継続歯			・ ・	
ジャケット冠			・ ・	
ブリッジ			・ ・	
有床義歯 局部義歯 総義歯			・ ・	
歯槽膿漏処置			・ ・	
投薬			・ ・	
その他			・ ・	
合 計				

令和 年 月 日

翻訳者 住所_____

氏名_____

電話_____

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 _____

ロートグループ健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____はロートグループ健康保険組合の職員又はロートグループ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、パスポートをロートグループ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: RohtoGroup Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Rohto-Group 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.

※ 下線部についてはすべて記入してください。

署名欄
Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。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）が署名してください。

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) _____

(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 ヶ月間です。

(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.

※ 下線部についてはすべて記入してください。