

常務理事	検 印	担 当

F

決定年月日

1 2 3

健康保険 海外療養費 支給申請書

退職者（申請者）記入用

記入日 令和 年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏 名	(フリガナ)		
	住 所	(〒 -)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		
上記の通り支給を申請します。				パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、行われた療養の事実確認及び内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

申請内容	1 受診者	1. 被保険者	2. 家族（被扶養者）氏名	家族生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 傷病名				年 月 日
	3 発病または 負傷年月日				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因	(詳しくご記入ください)			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から
	5 受診国名 費用	受診 国名	金額	(通貨)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
	6 診療期間				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
	7 やむを得ず海外 で受診した理由				受診 日数 日間 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	8 傷病発生の原因	今回の傷病は、労働災害・通勤災害・第三者行為によるものではありません。			
1. はい 2. いいえ 2. いいえの場合・・・海外療養費の支給対象外となる可能性があります。別途、健保までお問合せください。					

上記の通り届出します。

年 月 日

「申請者記入用」は
2・3ページに続きます>>>

SEQ	本・家	区分	傷病名	診療年月	日数	元金額	支給決定金額
	本・家	入・外	医科・歯科	年 月 日		千 円	千 円
	本・家	入・外	医科・歯科	年 月 日		千 円	千 円
	本・家	入・外	医科・歯科	年 月 日		千 円	千 円
備考							

現地額:

レート:

健保受付印

健康保険 海外療養費 支給申請書

1 2 3

退職者（申請者）記入用

被保険者氏名

【診療内容明細書の内容について日本語訳をご記入ください】

《傷病名》

《症状の概要》

《処方・手術 処置の概要》

《その他（特記事項）》

【翻訳者署名（被保険者でも可）】

日本語訳

※パナソニック健保の資格を喪失されている場合は記入してください。

資格喪失（予定）者口座	金融機関コード	(金融機関コード)	(店番コード)
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他()	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 口座番号	右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	◆パナソニック健保の資格を喪失されている場合は被保険者(申請者)に送金するため、被保険者(申請者)名義の振込口座を必ずご記入ください。
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。 利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <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。		

チェックリスト

- 今回の申請事由は「治療目的での渡航」ではないですか？
※「治療目的での渡航」の場合、海外療養費の申請対象とはなりません。
- 被保険者本人の署名もしくは押印を行いましたか？
- 診療内容明細書もしくは現地医療機関発行の領収書の原本は添付されていますか？
- パスポートの顔写真部分および出入国日が分かる部分のコピーは添付されていますか？

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 (※すべて現地の医療機関にて記入を依頼してください)

1. Name of patient(Last,First) Age(Date of Birth) Sex(Male/ Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance.
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
3. Date of First Diagnosis 4. Days of Diagnosis and Treatment
初診日 診療日数
5. Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization 入院 From to
 Out patient or Home Visit 入院外 自 至
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、手術など
処置の概要

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. Hospitalization | 入院費 | \$ |
| 4. Consultation | 診察費 | \$ |
| 5. Operation | 手術費 | \$ |
| 6. X-Ray Examinations | X線検査費 | \$ |
| 7. Laboratory Tests* | 諸検査費 | \$ |
| | | \$ |
| 8. Medicines** | 医薬費 | \$ |
| | | \$ |
| 9. Others(Specify) | その他(特記事項) | \$ |

*Please fill in the content of the laboratory tests.

*諸検査の内容を記入ください。

**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

**処方した薬の名称と量を記入ください。

Total 合計 Unit is

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

Address 住所

Date 日付

Signature 署名