療養費（法定・付加）支給申請書　海外療養費用

コード

記入例

太枠内の項目はすべて記入してください。未記入がある場合は支給が遅れます。

申請者の方は太枠内をすべて記入してください。
未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります。

保険証の記号番号	記号 ○○ ― 番号	①傷病者 ☐被保険者（本人）　☑被扶養者（家族） 被扶養者（家族）の場合は②を記入
被保険者（従業員）氏名	健保　太郎	②被扶養者（家族）の氏名・生年月日・続柄 氏名：健保　花子　続柄：長女
生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　○○ 年　○○ 月　○○ 日	生年月日　☐昭和　☑平成　☐令和 ○○ 年　○○ 月　○○ 日
連絡先	〒○○○ － ○○○○ 支給決定通知書の送付先になります。	③発病または負傷年月日 ☐平成　☑令和　○ 年　○○ 月　○○ 日
		④傷病名 胃腸炎
	電話（ 連絡のとりやすい番号を記入	⑤直接の傷病原因 ※詳しく記入　宿泊先で水道水を飲んだため。
	E-mail	⑥国名 アメリカ
職　場	社内区分　部 在籍している部署名・電話番号を記入 ※任意継続に加入の方は記入不要 組	⑦渡航理由 ☐出向（家族帯同含む）　☐出張　☑旅行 その他（　　）
	電話（　　）　―	⑧渡航期間 ☐平成　☑令和　○ 年　○○ 月　○○ 日から 令和　○ 年　○○ 月　○○ 日まで

↓被保険者（従業員）口座を記入　※被保険者以外の口座振込を希望する場合は、委任状（健保HPに掲載）を記入・添付ください

振込先	○○○○	☑ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協 ☐ 労働金庫	○○ 支店	種別 ☑ 普通　☐ 当座　口座番号 ○○○○○○○
	金融機関番号		店番号	口座名義（被保険者（従業員）名義） カタカナで記入 ケンポ　タロウ
	○○○○		○○○	

振込口座の名義が被保険者以外を希望の場合は
別紙ＨＰ掲載の「委任状」を記入、添付してください。

提出書類

申請月（令和　○ 年　○○ 月分）

※療養費支給申請書、診療内容明細書、領収明細書は、暦の１ヶ月単位で、
受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに必要

☐受診者の氏名が記入された領収書（原本）

☐診療内容明細書（ＦｏｒｍＡ）とその日本語訳【原本】

☐領収明細書（ＦｏｒｍＢ）とその日本語訳【原本】

☐ＦｏｒｍＣ（原本）

［パスポート］

☐氏名・顔写真が確認できるページ（写し）

☐渡航期間（出入国のスタンプ）が確認できるページ（写し）

提出書類はすべて揃えて提出してください。

医師指示年月

領収書発行日　～　日間

給付対象額

入通院区分　2

送付先・問い合わせ先

トヨタ自動車健康保険組合　給付グループ　外線：（0565）280153　内線（811）6-0561

【郵便】〒471-0832　愛知県豊田市丸山町6丁目22番地　【社内便】区分：健保

2023年4月改訂

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

Form A

・Form A、Form Bについては、医師に証明をお願いしてください。

・領収書とFormBに記載された金額が合致しているかの確認もお願いします。

・余白で結構ですので、日本語訳をご記入ください。

nsurance benefit.
願いします。
physician or the superintendent of a
してください
tpatient (home visit)should be filled out.

Form A 様式A　　Attending Physician's Statement 診療内容明細書

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 胃腸炎
傷病名 ●●●●●

3. Date of First Diagnosis : ●● , ●●, ●●
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment : __days
診療日数 ● 日間

5. Type of Treatment
治療の分類

☐ Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ (days)
入院　自　至　日間

☐ Outpatient or Home Visit _____, _____ _____, _____
入院外 ●● , ●● ●● , ●●

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要
〇〇〇の症状
□□□□□□ □□□□□

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要
〇〇検査、〇〇の投薬
□□□□□□□□□□□□

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes ☐ No ■
治療は事故の傷害によるものですか？　はい　いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital & / 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 担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 ■■■■ First 名 ■■■■ Title 称号 ■■

Address 住所 : Home 自宅 ■■■■■ Phone 電話 〇〇〇—〇〇〇〇

Office 病院又は診療所 ■■■■■■■■ Phone 電話 〇〇〇—〇〇〇〇

Date 日付 〇〇, 〇〇, 〇〇　Signature 署名 □□□□ □□□□□□

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療録の番号 □□□□ □□□□

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic　　Form B
担当医また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 should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic. この様式は担当医また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 filled out.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の場合はその旨を記入ください

翻訳者
氏　名
住　所
電話番号

翻訳者氏名・住所・連絡先をご記入ください。

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	往診療	$
(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	$
(11)	Medicines	医薬費	$ ●●●
(12)	Surgical Dressing	包帯費	$
(13)	Anesthetic	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	$ ●●●

合計金額と領収書の合計をご確認ください。
異なる場合は理由を余白にご記入ください。

＜理由＞ 例:端数省略のため。

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.
注意:高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医または病院事務長の名前および住所

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 ■■■■ ■■■■

Form C

調査に関わる同意書　Agreement of Authorization

患者名（Name of patient）	健保　花子（受診者名を記入）　海外で受診された方についてご記入ください。
住所（Address）	■■■　■■■■　■■■■　○○―○○
生年月日（Date of birth）	Year　平成○○　Month　○○　Day　○○　）

トヨタ自動車健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、健保　花子（受診者）は、トヨタ自動車健康保険組合の職員又はトヨタ自動車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、パスポートをトヨタ自動車健康保険組合に提示することも併せて同意します。

渡航者のパスポートの写しも忘れずに添付してください。
①氏名・顔写真が確認できるページ、
②渡航期間（出入国のスタンプ）が確認できるページ

To: Toyota Motor Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize its subcontractors to refer and obtain any and a treatment benefit claim(s) filed or to be filed in 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　Signature

署名は、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.

署名は治療を受けた方本人が自筆ください
未成年の場合は 従業員本人が署名してください。

氏名（Signature）	健保　花子
住所（Address）	■■■　■■■■　■■■■　○○―○○
日付（Date）	Year　○○　Month　○○　Day　○○
患者との関係 (Relation to the insured)	本人（Self）・親権者（Guardian）・法定相続人（Heir） その他（Other）〔　　〕

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.