

療養費（法定・付加）支給申請書

海外療養費用

コード

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

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 <input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 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			②被扶養者（家族）の氏名・生年月日・続柄 氏名 続柄
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
連絡先	〒		③発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	電話（ ） —		④傷病名
職 場	E-mail		⑤直接の傷病原因 ※詳しく記入
	社内 区分	部	⑥国名
	課 室	G 係 組	⑦渡航理由 <input type="checkbox"/> 出向（家族帯同含む） <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 旅行 その他（ ）
電話（ ） —			⑧渡航期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労働金庫	支店	種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
	口座名義（被保険者（従業員）名義）					カタカナで記入			
	金融機関番号		店番号						

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	
<input type="checkbox"/> 受診者の氏名が記入された領収書（原本）	
<input type="checkbox"/> 診療内容明細書（FormA）とその日本語訳【原本】	
<input type="checkbox"/> 領収明細書（FormB）とその日本語訳【原本】	
<input type="checkbox"/> FormC【原本】	
[パスポート]	
<input type="checkbox"/> 氏名・顔写真が確認できるページ【写し】	
<input type="checkbox"/> 渡航期間（出入国のスタンプ）が確認できるページ【写し】	

組合処理欄	
病類コード	
医師指示年月	
領収書発行日	
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

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。

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		
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		
<input type="checkbox"/> Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ (_____ days)		
入院 自 至 日間		
<input type="checkbox"/> 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? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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
	Office 病院又は診療所	Phone 電話
Date 日付	Signature 署名	
	Attending Physician 担当医	
	Reference Number of your Medical Report (if applicable)	
	診療録の番号	

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

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	\$	_____

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 _____

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

患者名 (Name of patient)	
住所 (Address)	
生年月日 (Date of birth)	Year _____ Month _____ Day _____

トヨタ自動車健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、 _____ 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。

To: Toyota Motor Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Toyota Motor 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.

署名欄 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.

氏名 (Signature)	
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.

□提出書類

原本	①受診者の氏名が記入された領収書 ②医師記入の診療内容明細書（F o r m A）と <u>その日本語訳*</u> ③会計担当者記入の領収明細書（F o r m B）と <u>その日本語訳*</u> ④調査に関する同意書（F o r m C） （海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）
写し	[パスポート] ⑤氏名・顔写真が確認できるページ ⑥渡航期間（出入国のスタンプ）が確認できるページ ・同意書の有効期間
*診療報酬明細書（F o r m A）、領収明細書（F o r m B）は暦の1ヶ月単位で受診者ごと、医療機関ごと、入院、外来ごとに必要です。	

□申請者への注意事項

支給時期	太枠内をボールペンで記入
給付対象外	1. 治療目的で渡航した場合 2. 心臓や肺などの臓器移植 3. 性転換手術 4. 美容整形 5. 自然分娩 6. 交通事故などの第三者行為 7. 健康診断・定期的な検査・検診（病名のないもの） 8 予防接種 9. 患者が独自に購入した薬剤（医師の診断、処方に基づかないもの） 10. インプラントなどの保険診療扱いとならない歯科治療 11. 日本国内で保険適用となっていない医療行為 12. 業務上災害・通勤災害 13. 会社都合（海外赴任等）で渡航し、会社から補助が受けられる場合
支給額	・日本国内の医療機関で同じ傷病を治療した場合の治療費を基準に算定。 ・海外での治療費と日本国内の治療費を比較し、安い方の金額から自己負担相当額（3割・未就学児2割）を差し引いた額を支給します。 ※現地支払額の7割（未就学児8割）が支給されるわけではありません。 ・外貨で支払われた治療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算して支給金額を算出します。
支給日	・毎月5・15・25日 （支給日が土日祝日の場合は、その前日。長期連休中の場合は、別に定める日） 書類の不備や書面内容に調査（医師への照会等）が必要な時は、支給が遅れます。
受給を受ける権利の時効	・2年（時効起算日は治療費を支払った日の翌日）