

記入見本 (海外赴任等の場合)

保険 被保険者 海外療養費支給申請書 被扶養者

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

平成 ○○年 5 月 2 日

被保険者証の 記号と番号	8	123456	事業所の 名称	イオンリテール(株)	部室店名	イオンストアーズ香港
被保険者の 氏名	伊音 太郎		被保険者の 住所	321△△××Hong Kong		
生年月日	昭和 平成	44 年 4 月 4 日 生	TEL	()		
申請が被扶養者 に関するときは その者の氏名	昭和 平成		被扶養者の生年月日	被保険者との続柄		
傷病名 (骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等 の場合は負傷届を添付して下さい)	虫歯		発病または負傷年月日	○○年 4 月 10 日		
発病又は負傷の原因 および経過	不詳		第三者行為に よるものですか	いいえ・はい		
診療を受けた 病院等	名称	□□病院	診療した 医師氏名	△△ ○○		
	所在地	123□□□Hong Kong				
診療の 期間	内容	入院・通院 (どちらかに○)		装具装着日	診療に要した 費用の額	
	平成 ○○年 4 月 10 日 平成 ○○年 4 月 15 日	3日間		平成 年 月 日	円 (別紙証拠書 類のとおり)	
日本国内で受 診できなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> ①出向中 《家族帯同・単身赴任》 (どちらかに○)	<input type="checkbox"/> ②出張中	<input type="checkbox"/> ③その他 (理由:)	※1) ③その他の場合はパスポート(氏名 の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印 が確認できる頁)の写しを添付のこと		
送金銀行	イオン 銀行 信金	ダイヤモンド 本店 支店	口座 番号	123456	フリガナ 口座名義	イオン タロウ 伊音 太郎

被保険者(請求者)

記入欄

この口座に給付金を振り込みますので、正確に記入して下さい
ゆうちょ銀行・海外の銀行には送金できません。

給付口座をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、裏面委任状の記入が必要です。

同意書

イオン健康保険組合 理事長 殿
()はイオン健康保険組合の職員あるいはイオン健康保険組合が委託した事業者が海外療養費
事実(療養行為を行った日時・場所・療養内容等)を確認するため、申請書類の提供によって、
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。
写しも有効と認めます。

記名・押印をお忘れなき
ようお願いいたします。

平成 ○○年 5 月 2 日
被保険者氏名: 伊音 太郎 (伊音)

事業主証明

私(事業主)は 上記被保険者 伊音 太郎
上記療養を受けた者 伊音 太郎
が上記療養期間渡航中である(あった)ことを証明します。
イオン健康保険組合 理事長 殿
平成 ○○年 5 月 1 0 日 事業主 伊音 太郎
代理人 伊音 太郎 事業主届出名 (伊音)

組合処理欄

査定	海外赴任者・出張者は 事業主より証明をもらっ て下さい。	支給 額	¥	台帳照会	取得 喪失 認定 取消
支給決定	決定年月日	事務長	課長	係	支給決定通知
平成					出納日印

記入見本 (海外旅行等の場合)

イオン健康保険組合 理事長 殿

保険

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

下記のとおり申請します。

平成 ○○年 5 月 2 日

被保険者証の記号と番号	8	234567	事業所の名称	イオンリテール(株)	部室店名	○○店
被保険者の氏名	伊音 花子		被保険者の住所	○○県○○市○○2-3-4		
生年月日	昭和 平成	52 年 4 月 10 日生	TEL	090 (1111) 1111		
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	昭和 平成		問合せをすることがありますので電話番号も必ず記入して下さい	被保険者との続柄		
傷病名 (骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等の場合は負傷届を添付して下さい)	下痢		アパートは「棟・号」までを、同居のときは「○○方」と記入して下さい	○○年 4 月 20 日		
発病又は負傷の原因および経過	食べすぎ		△△ ○○	いいえ ・ はい		
診療を受けた病院等	名称	□□病院	所在地	123□□□Hong Kong		
診療の期間	内容	入院 ・ 通院 (どちらかに○)	装具装着日	添付を忘れないようにお願いします。		
	平成 ○○年 4 月 20 日	1日間	平成 年 月 日	(別紙証拠書類のとおり)		
日本国内で受診できなかった理由	□①出向中 《家族帯同・単身赴任》 (どちらかに○)	□②出張中	☑③その他 (理由: 海外旅行)	※1) ③その他の場合はパスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)の写しを添付のこと		
送金銀行	イオン 銀行 信金	ダイヤモンド 本店 支店	口座番号	23456	フリガナ 口座名義	イオン ハナコ 伊音 花子

※2) 在籍者は、原則として給与口座をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、裏面委任状の記入が必要です。

イオン健康保険組合 理事長 殿

この口座に給付金を振込みますので、正確に記入して下さい
在籍者は、原則として給与口座を記入して下さい

記名・押印をお忘れなきようお願いいたします。

平成 ○○年 5 月 2 日

被保険者氏名 : 伊音 花子 (伊音)

事業主証明

私(事業主)は [上記被保険者] が上記療養期間渡航中である(あった)ことを証明します。
[上記療養を受けた者]

イオン健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日 事業主 代理人

組合処	査	支給額	¥	台帳照会	
	定			被保険者	取得
理	決定	支給決定	決定	被扶養者	喪失
	決定年月日	事務長	事務長	課長	認定
欄	平成	事務長	課長	係	取消
	決定年月日	事務長	課長	係	支給決定通知
				出納日印	

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	M 男	F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状		Sick 疾病 Preventive care 予防的治療 Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠		

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this care) 当件の初診日 Subsequent Visit 再診 Total 合計 ____ Visits 回	_____	6 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 ____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room Food, etc. 室料・食事療養 _____	_____
2 Medication 投薬 yes no	_____	7 Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure(specify)その他の処置 _____	_____
3 Injection 皮下・筋注 IV Treatment 点滴	_____	8 Anesthesia 麻酔 Local 局部 Spinal 脊椎 General 全身	_____
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 Urine 尿 _____ Blood 血液 _____ ECG (EKG) 心電図 _____ Ultrasound 超音波検査 _____	_____	9 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____ 10 Radiology 画像診断 X-ray レントゲン撮影 _____ CT コンピューター断層撮影 _____	_____
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 回	_____	11 Others(specify) その他 _____ _____ Medical Certificate 診断書 _____	_____

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date 日付 _____ Physician's Signature 医師の署名 _____

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M 男 F 女
Date of Services 受診日 From _____ to _____ Total 合計 _____ Visits 回

Tooth Number 歯式																															
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																							
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						
R															L	R															L
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K						

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____	8 Filling Amal. 1 surf. _____		_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム 2 surf. _____		_____
レントゲン		_____	3 surf. _____		_____
Periapical 標準型 ×		_____	Comp. 1 surf. _____		_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	複合 2 surf. _____		_____
3 Medication 投薬 yes no		_____	レジン 3 surf. _____		_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	面		_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	9 Inlay / Onlay		_____
5 Root Planing	_____	_____	インレー・アンレー	_____	_____
スクレーピング・ルートプレーニング	_____	_____	10 Amal. / Comp. Build-up		_____
Gingival Curettage	_____	_____	充填物による支台築造	_____	_____
歯周ポケット搔爬	_____	_____	Post & Core メタルコア	_____	_____
Perio-operation	_____	_____	11 Crown 冠		_____
歯周外科手術	_____	_____	Porcelain/Gold ポセリン・金	_____	_____
6 Extraction	_____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
抜歯	_____	_____	Other その他	_____	_____
Other Operation	_____	_____	12 Bridge Work ブリッジ		_____
その他の手術	_____	_____	Abutment 支台歯	_____	_____
7 Pulp Cap	_____	_____	Pontic ポティック	_____	_____
歯髄覆罩	_____	_____	13 Denture 有床義歯	_____	_____
Pulpotomy	_____	_____	Repair 義歯修理	_____	_____
歯髄切断	_____	_____	14 Other(specify) その他	_____	_____
Root Canal Therapy			Medical Certificate 診断書		_____
根管治療					
1 canal	_____	_____			
2 canal	_____	_____			
3 canal	_____	_____			
根管					

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date 日付 _____ Dentist's Signature 医師の署名 _____