

● 被保険者  
○ 家 族

# 海外療養費(付加金)支給申請書

海外・K20-①

この申請書には、「領収明細書」等の添付が必要です。詳しくは、下記「記入上の注意」を参照して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 の 記 号 と 番 号	○○○ △△	② 被 保 険 者 の 氏 名	健 保 太 郎			
	③ 事 業 所 の 名 称	△△事業団					
	④ 被 保 険 者 の 住 所	×× N, S, W, Canada					
	⑤ 第 三 者 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の で あ る か 否 か	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> ない	⑭ 第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き は	その事実の届出の有無	<input type="radio"/> あり ・ <input checked="" type="radio"/> ない		
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
	⑥ 申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 の	<input checked="" type="radio"/> 氏 名	健 保 花 子	① 生 年 月 日	昭 <input type="radio"/> 平 <input checked="" type="radio"/>	20年3月24日生	被 保 険 者 と の 続 柄
						長 女	

委 任 状	私は、保険給付金等受領代理人設置要領に基づき事業主が届け出た受領代理人に、この保険給付金の受領を委任します。
	2020 年 12 月 1 日 被 保 険 者 氏 名 健 保 太 郎 ※署名。印字(PC入力)も可。(ただし、必ず本人が入力してください。)

<b>渡航に係る事業主証明欄</b>	
1. 当該申請者である被保険者は、業務命令により海外勤務していることを証明します。	
② 当該申請の治療を受けた被扶養者は、上記被保険者に帯同していることを証明します。	
※上記、1.2のうち、該当する番号に○を付けて下さい。	
2020 年 12 月 24 日	
事業所名称	△△事業団
事業主氏名	○○ ○○
海外療養費支給申請には、海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・航空券等の写し)の提出が必要ですが、業務命令による海外勤務等(帯同している被扶養者も含む)で、海外に渡航している事実を事業主が把握している場合は、この事業主証明欄への事業主名の記載・押印で代替ができます。	

### [記入上の注意]

- この申請書(K20-①②)には、「領収明細書」(K20-③)、「証書添付」(K20-④)、「翻訳文」(K20-⑤)の添付が必要です。
- 「領収明細書」の医師記入欄に医師の記入を受けることができない場合は、「領収明細書本人記載の理由」(K20-⑥)を添付して下さい。
- 海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・航空券等の写し)の提出が必要ですが、業務命令による海外勤務等で、海外に渡航している事実を事業主が把握している場合は、「渡航に係る事業主証明欄」への事業主の証明で代替可能です。

● 被保険者  
○ 家族

# 海外療養費(付加金)支給申請書

海外・K20-②

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 傷病名	右足首捻挫		② 発病又は負傷の年月日	2020年10月10日 (負傷の場合は16時頃)	
	③ 発病又は負傷の原因	階段を踏み外した				
	④ 傷病の経過	痛みは少し和らいだが、治療継続中				
	⑤ 診療を受けた病院の	⑦ 名称	oriental clinic		① 所在地	70 Collins St. Melody
	⑥ 診療に従事した医師の	⑦ 氏名	R. Plotny		① 住所	同上
	⑦ 診療の内容	診察・レントゲン・冷湿布・投薬・温巻法				
	⑧ 診療の期間	自 2020年10月10日	8日間	⑨ 診療に要した費用の総額(薬代を含む)	C\$170	
		至 2020年10月17日				
	⑩ ⑧欄の期間中において診療を受けた実日数	3	⑩ 診療日を○月○日、○月○日……のように列記して下さい。 10月10日、10月13日、10月17日			

## 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

私(療養を受けた者) 健保 花子 は、経済産業関係法人健康保険組合の職員又は経済産業関係法人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(診療行為を行った日時、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提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、旅券等のコピーが必要となる場合は、旅券等を経済産業関係法人健康保険組合に提示することも併せて同意します。

### 記名

署名または印字(PC入力)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)の記名が必要です。

氏 名 健保 太郎

日 付 2020 年 12 月 1 日

(患者との関係): 本人  親権者  法定相続人  その他( )

該当するものに○を付けて下さい。

※ 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して頂くことがあります。

**RECEIPT (NON-DENTAL)**  
**(領収明細書(一般医科用))**

- 注意
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 form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
  3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
    - o Separate receipt required for prescriptions. (薬剤料は別に処方箋を添付のこと)

 Request to Attending Physician  
 担当医へのお願い

Name of Illness or Injury (傷病名)

*s p r a i n*

Nature and Condition of Illness or Injury (症状の概要)

*p a i n i n r i g h t a n k l e*

Diagnosis and Treatment (診療)

 Date of First Diagnosis  
 (初診日)

*O C T . 1 0 , 2 0 2 0*

Days of Diagnoses and Treatment

(診療を行なった実日数) ※②と同じ日数

*3* days  
 (日間)

 Currency paid  
 (支払通貨)

*40*

 Description of Treatment or Operation・Anesthesia  
 (処置および手術・麻酔の概要)

*c o l d p a c k ( w e t )*  
*w a r m c o m p r e s s*
*40*

 X-Ray Examinations & Other, Including Number of Times  
 (レントゲン検査およびその他諸費用)

X-Ray Examinations (レントゲン検査)

*X - r a y s f o o t*

Other Examinations (その他の検査)

*50*

Medical Prescriptions (薬剤処方)

*L o x o n i n*
*40*

Hospitalization (入院)

 From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_ ( days )  
 ( 日間 )

The Others (その他)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

*O r i e n t C l i n i c*

Signature of Doctor (担当医署名)

*R . P l o t n y*

Date (日付)

*O C T . 1 7 , 2 0 2 0*

Total (計)

*A \$*
*170*

証書番号

証書添付

(領収書、処方箋 etc)

金額

支払年月日 年 月 日

備考

## 翻 訳 文

(注)原文を上段に翻訳文を下段に記入して下さい。

例. *Trauma to upper fornix of left eye.*  
左目脳弓上部の外傷

*Return for follow up visit.*  
再検査のため再来すること。

*s p r a i n*

捻挫

*c o l d p a c k ( w e t )*

冷湿布

*w a r m c o m p r e s s*

温巻法

*X - r a y s f o o t*

足のレントゲン

*L o x o n i n*

ロキソニン (消炎鎮痛剤)

翻訳者住所

翻訳者氏名

経済産業関係法人健康保険組合 殿

2021 年 4 月 1 日

被保険者氏名 健保 太郎

下記の理由により、医療機関および医師の記入・証明を受けることができませんでしたので、領収明細書は本人による記載で申請します。

記

理由:

カナダでは、医師はこのような業務を行っていないため。