

請求日： 年 月 日

■海外療養費算定請求添付票（注1）

所属健康保険組合・共済組合名（ ）

フリガナ	フリガナ		
被保険者 氏名	受診者 氏名	生年月日 年 月 日	性別 男・女 被保険者との関係 ()
医療機関等所在の国名	医療機関名		
傷病名と症状の概要			
主な診療内容の概要		補足メモ（注3）	
① 診察	⑤処置・手術		
② 投薬（注2）	⑥歯科		
③ 尿・血液検査	i 部位		
④ その他の検査	ii 治療内容		
現地通貨単位での診療費総額（自己負担額と保険会社等の給付額の合算額）			通貨単位
初診日 年 月 日	診療期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
月別診療 実日数	通院 入院		

（注）1. 以下の事項については必ずご記入下さい。

- (1) 被保険者氏名
- (2) 受診者氏名と生年月日
- (3) 傷病名
- (4) 診療内容（診察・投薬・検査等）
- (5) 初診日
- (6) 診療期間
- (7) 月別、入院・通院別、実日数
- (8) 診療を受けた医療機関または薬局の国名
- (9) 診療を受けた医療機関または薬局の名称
- (10) 診療費総額（自己負担額と保険会社等の給付額の合計額）
- (11) 通貨名

（注）2. 投薬については、原則として院内処方として算定いたします。

（注）3. 補足メモについて、簡単に結構ですからできるだけご記入下さい。