

To The Gibraltar Health Insurance Association

ジブラルタ健康保険組合 行

Form A

様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます
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, one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of patient (Last,First)	患者名	
	Age (Date of Birth)	年齢 (生年月日)	( , , )
	Sex (Male・Female)	性別 (男・女)	
2.	Name of Illness	傷病名	
3.	Date of First Diagnosis	初診日	, ,
4.	Days of Diagnosis and Treatment	診療日数	days
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"/> , , ~ ( days)
	<input type="checkbox"/> Out patient or Home Visit	入院外	<input type="checkbox"/> , ,
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 ?	治療は事故の傷害によるものですか	Yes <input type="checkbox"/> ・ No <input type="checkbox"/> はい ・ いいえ
9.	Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending Physician:	治療実費	
10.	Name and Address of Attending Physician Name, Last , First	担当医の名前及び住所	
	Home: Address, Phone	自宅:住所,電話	( )
	Office: Phone, Phone	病院:住所,電話	( )

Date	日付	, ,
Attending Physician :Signature	担当医:署名	
Reference Number of your Medical Record (if applicable)	診療録の番号	

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF: 大槻事務所  
CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PG ビジネスサービス  
・GIB 労働組合: 各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



To The Gibraltar Health Insurance Association  
 ジブラルタ健康保険組合 行  
 Form B  
 様式 B

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, One form for hospitalization / outpatient and me visit.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

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	往診料	
(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)	Anesthetics	麻酔費	
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	
(15)	The Others (Specify)	その他(特記事項)	
(16)	Total	合計	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

注意: 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic	担当医又は病院事務長の名前及び住所	
Name : Last First Title	名前 : 姓名	
Home: Address, Phone	自宅: 住所, 電話	
Office: Address, Phone	病院: 住所, 電話	
Date :	日付	
Signature ;	署名	

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF : 大槻事務所  
 CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PG ビジネスサービス  
 ・GIB 労働組合 : 各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



※受診者が複数名いる場合は、受診者ごとに作成してください

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

ジブラルタ健康保険組合が、海外療養費支給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、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。

記

① 療養期間 2021年 10月 1日 ~ 2021年 10月 10日

●療養を受けた者の署名欄

② 署名日：2021年 11月 1日

③ 健康保険記号 - 番号：1 - 12345

④ 療養を受けた者の氏名（自署）：健保 花子

⑤ 被保険者との続柄：本人 ・ 被扶養者（続柄：長女）  
（該当する方を○で囲んでください）

⑥ 住 所：東京都 豊島区 東池袋

⑦ 生 年 月 日：2000年 12月 24日

●被保険者署名欄（療養を受けた者が被保険者の場合は省略可）

⑧ 署名日：2021年 11月 1日

⑨ 被保険者氏名：健保 太郎

⑩ 住 所：東京都 豊島区 東池袋

⑪ 生 年 月 日：1975年 12月 11日

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

以上

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF：大槻事務所  
CLIS・コミュニティSKY・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス  
・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



健-14 ③ (2025.12)  
ジブラルタ健康保険組合

次のような場合に、この申請書をご使用ください

・海外で診療を受けたとき(診療のために海外へ渡った場合は対象外)

**【記入要領(記入例の番号と照合してください)】**

～海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書～

**①療養期間**

海外で医療機関へ受診された期間をご記入ください

**②療養を受けた者の署名欄 署名日**

「海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書」をご記入いただいた日にちをご記入ください

**③記号－番号**

資格情報のお知らせまたは資格確認書等に記載の「記号」と「番号」をご記入ください

**④療養を受けた者の氏名**

海外で医療機関を受診された方のお名前を自署でご記入ください

**⑤被保険者との続柄**

海外で医療機関を受診された方と被保険者との続柄をご記入ください

**⑥住所**

海外で医療機関を受診された方がお住まいのご住所をご記入ください

**⑦生年月日**

海外で医療機関を受診された方の生年月日をご記入ください

**海外で医療機関を受診された方が被扶養者の場合は⑧～⑪もご記入ください**

**⑧署名日**

「海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書」の記入日をご記入ください

**⑨被保険者氏名**

被保険者氏名をご記入ください

**⑩住所**

被保険者がお住まいのご住所をご記入ください

**⑪生年月日**

被保険者の生年月日をご記入ください

**【提出書類】**

- ・海外の医療機関発行の「診療内容明細書」(原本)と日本語訳
- ・海外の医療機関発行の「領収証」(原本)と日本語訳
- ・「診療内容明細書(健-14①)」※担当医が記入するもの
- ・「領収明細書(健-14②)」※担当医が記入するもの
- ・「海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書(健-14③)」
- ・「パスポート(写)」※氏名、渡航期間が確認できるページ

**【提出先】**以下の提出先もしくは当健保組合

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

事業主名	担当部署		
ジブラルタ生命保険株式会社	社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 ジブラルタ生命 担当 ※以下イントラを確認いただき、専用の送付状を添付の上、お送りください。 格納場所: Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー		
プルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 PGF生命 社会保険手続 担当 ※「PGF Portal」より、送付方法、専用の送付状を確認の上、お送りください。 詳細は、PGF生命保険株式会社 人事チームへご照会ください。		
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社 コミュニティSKY	総務部
株式会社PGI	総務部門	株式会社三栄収納サービス	総務部
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
ジブラルタ健康保険組合	総務担当		