

| 健保組合決裁 | | | | |
|--------|-----|------|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | | 担当者 |
| | | | | |

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

令和 年 月 日 提出

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------|----|----------------------|-----|----------------|-------------|---|---|---|----|---------------|--------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ | ①被保険者 記号・番号 | 記号 | 番号 | ②被保険者 (申請者) 氏名 | 印 | | | | | | | | |
| | ③被保険者 (申請者) 住所 | 〒 | | | 連絡先 | | | | | | | | |
| | ④生年月日 | 昭和・平成・令和 | | 年 | 月 | 日 | 才 | | | | | | |
| | ⑤事業所名称 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥療養が被扶養 者に関するとき | 氏名 | | | | ⑦生年月日 | 昭和・平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | ⑧傷病名 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑨発病又は 負傷年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑩発病又は負傷 の原因 | | | | | | | |
| | ⑪負傷の経過 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑫診療を 受けた病院等 | 名称 | | | | 医師名 | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| | ⑬診療の内容 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑭診療を 受けた期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | 日間 | |
| | ⑮入院の場合 上記入院期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | ⑯診療に要 した費用 | (通貨単位) |
| | ⑰療養の給付を受けること ができなかった理由 | | | | | | | | | | | | |

| ⑱被保険者の口座に振込む場合 | | | | | |
|----------------|-------------------|-------|--|--------------|----|
| 振 込 先 | 指定銀行 | | | 銀行・信用金庫・信用組合 | 支店 |
| | 口座の種類 | 普通・当座 | | 口座番号 | |
| | 被保険者氏名 (口座設定者) | フリガナ | | | |

| ⑲事業所に委任する場合 | | | | | |
|-------------|------------------------------|---|-------|---|-----|
| 委 任 状 | 右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。 | | | | 受付印 |
| | 被保険者氏名 | 印 | 代理人氏名 | 印 | |

Request to the Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、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)

患者名 _____

Sex

性別 Male • Female

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日 _____

Medical Record Number 診療録番号

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number For Health Insurance Purposes. (Please refer to the table attached to this form.)

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)

3. Date of Initial Visit (D / M / Y)

初診日 _____

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数 _____ days

5. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)

Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

8. Was treatment required as a result of accidental injury? _____ Yes No

治療は事故の傷害によるものですか？

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式 B による

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日) _____ . _____ . _____

様式 A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

印

電話

様式 B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

印

電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式 C

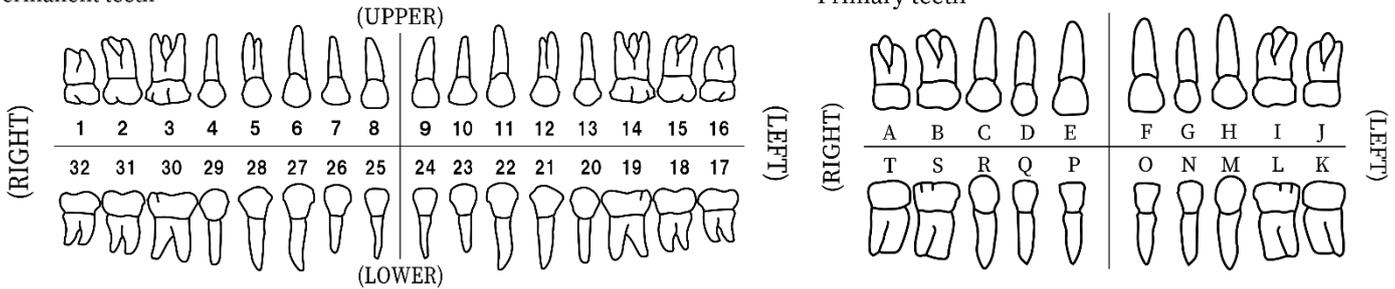
Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Name of Patient (Last, First) 患者名 _____ | Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 _____ | Sex Male • Female 性別 _____ |
| Date of Initial Visit (D/M/Y) 初診日 _____ | No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days | Medical Record Number 診療録番号 _____ |

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth

Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

| Dental Treatment 歯科治療 | Tooth No. and Surface 患歯部位 | Date | | | Fee 治療費 |
|--|-------------------------------|------|---|---|------------|
| | | D | M | Y | |
| Initial Office Visit 初診料 | | | | | |
| X-Ray Examination レントゲン検査 | | | | | |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄 | | | | | |
| Operation 手術 | | | | | |
| Extraction 抜歯 | | | | | |
| Filling 充填 | | | | | |
| Inlay インレー *Material 素材() | | | | | |
| Metal Crown 金属冠 *Material 素材() | | | | | |
| Post Crown 継続歯 *Material 素材() | | | | | |
| Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材() | | | | | |
| Bridgework ブリッジ *Material 素材() | | | | | |
| Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯 | | | | | |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置 | | | | | |
| Medication 投薬 | | | | | |
| Other その他 | | | | | |
| Total 合計 | | | | | |

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

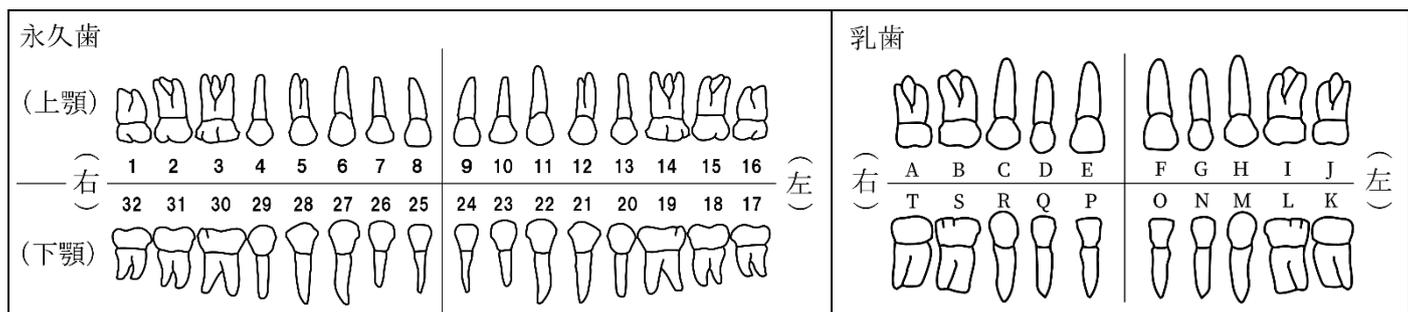
Name of Dentist: (担当歯科医)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)



治療の分類

| 歯科治療 | 患歯部位 | 日付 | | | 治療費 |
|---------------------|------|----|---|---|-----|
| | | 日 | 月 | 年 | |
| 初診料 | | | | | |
| レントゲン検査 | | | | | |
| 抜髄 | | | | | |
| 手術 | | | | | |
| 抜歯 | | | | | |
| 充填 | | | | | |
| インレー 素材() | | | | | |
| 金属冠 素材() | | | | | |
| 継続歯 素材() | | | | | |
| ジャケット冠 素材() | | | | | |
| ブリッジ 素材() | | | | | |
| 有床義歯 局部義歯 総義歯 | | | | | |
| 歯槽膿漏処置 | | | | | |
| 投薬 | | | | | |
| その他 | | | | | |
| 合計 | | | | | |

翻訳者

住所

氏名

印

電話