

健康保険 被保険者家族 海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ	
	被保険者 (申請者) 住所	〒 - 電話 ()				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)				
	事業所名称					
	療養が被扶養者に関 するとき	氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		
	傷病名					
	発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日	発病又は負傷 の原因			
	傷病の経過					
	診療を受けた 病院等	名称	所在地	医師名		
	診療の内容					
診療を受けた 期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間				
入院の場合 上記入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	診療に要 した費用	円			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由						

ア・標題の「被保険者」「家族」の文字は、いづれか該当する方をマルで囲んで下さい。
 イ・は、健康保険の被保険者証に記載されています。
 ウ・傷病がケガの場合は、「負傷の原因届」を、第三者の行為による場合は、「第三者による傷病届」をこの申請書に添付して下さい。

エ・訂正したところは、氏名わきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。
 オ・印の欄は記入しないで下さい。

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・貯蓄預金	口座番号	∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴	
	被保険者氏名 (口座設定者)	フリガナ			
会社に委任する場合					
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。				
	被保険者氏名	代理人氏名			

備 考	
--------	--

受付日付印

診療内容明細書（海外分）翻訳

1. 患者名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：男・女

2. 傷病名：

社会保険用国際疾病分類番号：

3. 初診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 診療日数： _____ 日

5. 治療の分類

入院： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 日間）

入院外： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 日間）

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 : いいえ

9. 治療実費：様式 B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前：姓 _____ 名 _____

住所： _____

電話： _____

11. 翻訳者の名前及び住所

名前： _____

住所： _____

電話： _____

領収明細書（海外分）翻訳

1. 初 診 料 : _____
2. 再 診 料 : _____
3. 往 診 料 : _____
4. 入 院 管 理 料 : _____
5. 入 院 費 : _____
6. 診 察 費 : _____
7. 手 術 費 : _____
8. 職 業 看 護 婦 費 : _____
9. X 線 検 査 費 : _____
10. 諸 検 査 費 : _____
11. 医 薬 費 : _____
12. 包 帯 費 : _____
13. 麻 酔 費 : _____
14. 手 術 室 費 用 : _____
15. その他（特記せよ） _____
- _____
16. 合 計 _____

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前：姓 _____ 名 _____

住 所： _____

電 話： _____

翻訳者の名前及び住所

名 前： _____

住 所： _____

電 話： _____

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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なですので、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。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Form A
様式 A

- 1 . Name of Patient (Last, First) _____ Age(Date of Birth) _____ Sex(Male・Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
- 2 . Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(p 7 ~ p10参照)
_____ ()
- 3 . Date of First Diagnosis : _____ ,
初診日
- 4 . Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
- 5 . Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization : Form _____ , _____ to _____ , _____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
Outpatient or _____ , _____ to _____ , _____
Home Visit
入院外
- 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? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
- 9 . Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 様式 B による
- 10 . Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号
Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話
Office 病院又は診療所 Phone 電話
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

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

Initial Office Visit 初診日 _____ Days of services 診療日数 _____ days

Tooth Number 歯式																															
R Permanent Tooth 永久歯												L Milky Tooth 乳歯																			
R								Permanent Tooth 永久歯				L				R								Milky Tooth 乳歯				L			
#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						
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						

Service (診療内容)	Tooth (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth (歯式)	Fee (料金)
1.Examination 診察		_____	8.Filling 充填	Amal. アマルガム	1 serf _____ 2 serf _____ 3 Serf _____
2.X-Ray レントゲン 診察	Bite-wings 咬翼型 × Periapical 標準型 × Panoramic パノラマ ×	_____		Comp. 複合 レジン	1 serf _____ 2 serf _____ 3 serf _____
Models スタデモデル		_____		面	_____
3.Medication 投薬	yes no	_____	9.Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
4.Prophylaxies / Scaling 歯垢 歯石除去		_____	10.Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		_____
Fluoride フッ素物塗布		_____	Post c Core メタルコア		_____
5.Extraction 抜歯		_____	11.Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金 Silver Alloy 銀合金 Other その他	_____
6.Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	12.Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____			_____
7.Pulp Cap 歯髄覆罩		_____			_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____			_____
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____ 2 canal _____ 3 canal _____ 根管	_____		Pontic ダミー	_____
			13.Plate Denture 有床義歯		_____
			14.Other その他		_____

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Total Fee (合計)

Date (日付)

Signature (署名)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- 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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、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。
- 4 . If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Itemized Receipt

領収明細書

Form B

様式 B

(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	職業看護婦費	\$	
(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) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
		\$	\$
			Unit is
(16) Total	合計	\$	貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e., payment for a 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 名前 : Last 姓

First 名

Title 称号

Address 住所 : Home 自宅

Phone 電話

Office 病院又は診療所

Phone 電話

Date 日付

Signature 署名