

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------

被保険者 海外療養費支給申請書  
被扶養者

(第 回目)

(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか  
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 所在地	電話 局 番
傷病名			発病又は負傷の年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因				
傷病の経過				
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 氏名	所在地及び電話番号	〒	
診療又は手当の内容	入院期間 コルセット装着日		自 年 月 日 至 年 月 日	日 日 日
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨				
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかつた理由				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名	〒	
		加害者の住所		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭令 年 月 日 平	被保険者との続柄
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通当座 第 号)			
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 被保険者の 住所 氏名 (印) 健康保険組合理事長 殿				

# 領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名		職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜		検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術	薬剤	回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 回			
入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日）	その他		回
			合計		
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日  〒 住所 医師 氏名					

（注意事項）  
 1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。  
 2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。  
 3. 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療」のため必要と認める旨の証明書を交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 金 円也の受領に関する事。 被扶養者 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名 印 〒 住所 代理人の 氏名 印				
振込希望の銀行	銀行	支店	（普通当座 第 号）		

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 〒 住所 受領者 氏名 印				
-----	---	--	--	--	--

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が1枚必要です。

### Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First)                      Age (Date of Birth)                      Sex (Male · Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年令 (生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 (男 · 女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 (裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_ , 20 \_\_\_\_\_  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization : From \_\_\_\_\_ , 20 \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ ( days )  
入院 自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( 日間 )  
 Out patient or Home Visit : \_\_\_\_\_ , 20 \_\_\_\_\_ , 20 \_\_\_\_\_  
入院外 \_\_\_\_\_ , 20 \_\_\_\_\_ , 20 \_\_\_\_\_
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 : Form B  
治療実費                      様式 B
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name 名前 : Last 姓                      First 名  
Address 住所 : Home 自宅                      Phone  
Office 病院又は診療所                      Phone  
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 \_\_\_\_\_

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)	Anesthetics	麻 酔 費	\$	_____
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____
(15)	The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$	_____
			\$	_____
(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

Address : Home 自宅 Phone  
住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature  
日付 署名