記	号			(フリガー 被保険	•									
被保険者証 番	寻 一			(申請者	名)									
事業所の名称					·		又は会社	土名)	(Tel		-L- &6)
						支店(部	铅)					内線		
総務担当役職者氏名 および連絡先		話		_			_				(内線)
療養を受けた方	氏 名		,						被保険	の続				
			(年	月		日生)	者	柄	「子」の場	場合は長り	男、次:	男等を記入
傷病名														
傷病の原因と経過														
(できるだけ詳しく)	交	通事	牧、喧嘩等	(第三者の行	亍為)、ま	たは業務	き上によれ	る傷病	うです	<u>-</u> カゝ。	(はい	• 1	ハいえ)
診療を受けた名	弥										担当			
医療機関 所在	地										医			
診療期間			年	月	日より		年	Ē		月	·	日まで		日間
	担	当医	が記入した	「診療内容明	月細書」の	り日本語	訳を記え	入して	くださ	٥, ١٥				
症状の概要														
処方・手術など処置の概		当医	が記入した	「診療内容明	月細書」の	り日本語	訳を記え	入して・	くださ	۱۷.°				
	現	地通	貨でご記入	ください。						[健保使	用欄】	日本	円換算
診療に要した費用の額	頂				(通貨	ĺ))				円

療養費支給申請書

● 現地医療機関発行の領収書(原本)を必ず添付してください。

支払方法によっては領収書が発行されない場合があるのでご注意ください。

□ 本人(被保険者)

□ 家族(被扶養者)

- 傷病名等は日本語で記入してください。
- 診療費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
- 各月毎、各医療機関毎、入院・通院毎に申請書が必要です。

【健保使用欄】

常務理事	検印	係	被扶養者 資格確認

支給決定日				
支給期間		年	月	日より
		年	月	日まで
支給決定額				円
療養費				円
内訳	高額療養費			円
	還元金•付加金			円

(海外勤務者用)

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名			
Name of Illness or Injury 傷病名			
Date of First Diagnosis 初診日	Days of Diagno	sis and Treatment	診療日数
			days
Type of Treatment 治療の分類	<u> </u>		
□ Hospitalization 入院	from	to	
□ Out Patient or Home Visit 入院外	from	to	
Nature and Condition of Illness or Injury (in brid	ef) 症状の概要		
Prescription, Operation and any other Treatme		手術など処置の概!	X
Fee for Initial Office Visit	eceipt 領収明細律 初診料	=	
Fee for Follow-up Office Visit	再診料		
Fee for Home Visit	往診料		
Hospitalization	入院費		
Consultation	診察費		
Operation	手術費		
X-ray Examinations	X線検査費		
Laboratory Tests	諸検査費		
Medicines	医薬費		
Others (Specify)	その他		
Total	合計		
Important : Exclude the amount irrelevant to the	treatment, i.e.,payment	for a luxurious room	charge.
Name and Address of Attending Physician/Sup 担当医又は病院事務長の名前及び住所	perintendent of Hospit	al or Clinic	
Name 名前			
Address 住所			

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

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書						
Name of Patient (Last, First) 患者名						
Name of Illness or Inju	ry 傷病名					
Date of First Diagnosis			Days of Diag	nosis and Treatment	診療日数 days	
Type of Treatment	冶療の分類		•			
☐ Hospitalization	入院	fro	om	to		
☐ Out Patient or I	Home Visit	入院外 fro	m 症状の概要	to		
Prescription, Operation	n and any oth	er Treatments (i	n brief) 処力	方・手術など処置の概	要	
	Itemized	Receipt (Denta	1) 領収明額	細書(歯科)		
Dental Treatment(歯科治療)	Localization of T (患歯音		Material(材料)	Fee(治療費)	
Examination	診察					
Extraction	抜歯					
Filling	充填					
Inlay	インレー					
X-ray Examination	X線検査					
Crown	冠					

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

Name and Address of Dentist / Office	- 歯科医師の名前及び住所マ	け歯科医院の名称及び所在地

Name	名前
Address	住所

○ 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。

ブリッジ

投薬

その他 合計

有床義歯

Bridge Work

Plate Denture

Others (Specify)

Medicine

Total

- This form is used for claiming the health insurance benefit. この様式は健康保険の給付申請に使用されます。
- One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit. 各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。