

受付日付印

療養費

支給申請書

第二家族療養費（不要文字は消す）

《海外用》別紙、注意事項・申請手続き参照の事

被保険者 (請求者) 記入欄	被保険者証の 記号と番号	No		部署名		事業所の名称		
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日			
	傷病の	原因						
		経過						
	診療を受けた病医 院等の	(名称)		(所在地)		(診療に従事した医師等の氏名)		
	診察の	内容	科処置・装具			診察に 要した 費用の 額	¥ (別紙証拠書 類のとおり)	診察を受けなくなっ たときはその理由
		期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間				
	装具装着	令和 年 月 日						
	保険医療機関等で療養の給付を 受けることができなかった理由							
	傷病が第三 者の行為に よるもので あるときは	その事実の 届出の有無	第三者の 住所、氏名 (不詳のとき はその旨)		申請が被扶 養者に関す るときは、 その旨		(氏名) 年 月 日生 続柄	
あり・なし								
備考								
上記により申請します。 令和 年 月 日 大建工業健康保険組合理事長殿		送金希望の場合は 送金方法と送金先	銀行 支店普 NO 名義人氏名 (カナ) (〒 —) 被保険者 住所 (請求者) 氏名 ㊟					
組合処理欄	支給 (支出) 決定	令和 年 月 日	常務 理事	㊟	支給 決定伺	本件支給決定のうえ 通知してよろしいか		事務長・係 ㊟
	支給決定通知		出納日印		出納係			
	令和 年 月 日				㊟			

* 注意事項

1. 装具についての請求の場合、領収書の原本と病院より発行される装着証明書を添付すること。
2. 治療費についての請求の場合、領収書の原本と診療報酬明細書（病院で発行してもらえます）を添付すること。
3. 支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。

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 health insurance benefit.
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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (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。

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

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (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 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

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

Outpatient or 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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in 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

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 _____

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 health insurance benefit.
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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (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。

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 師	費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費	\$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	\$	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$	
			\$	
			\$	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
(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		\$	Unit is 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 _____

(別紙)

調査に関わる同意書 (海外療養費)

・治療開始日 年 月 日

・患者
(氏名) _____

(住所) _____

(生年月日) 年 月 日

大建工業健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、_____は、貴組合の職員あるいは、貴組合が委託した事業者が、海外療養費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、申請書類の提供等によって、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。

また、上記確認必要な資料として、貴組合へパスポートの写し (本人確認欄・出入国のわかる面) を提供することに同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者 (本人が未成年の場合)、成年後見人 (本人が成年被後見人の場合)、法定相続人 (本人が死亡している場合) が署名、押印して下さい。

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) 年 月 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。