

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る 欄	①	健康保険の 記号と番号	記号	番号	②	事業所名称		
	③	被保険者 （申請者）の氏名		④	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	⑤	被保険者 （申請者）の住所	〒 - 日中の連絡先TEL（自宅・勤務先・携帯） - -					
	⑥	療養が被扶養者の 場合はその方の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	⑦	傷病名		⑧	発病または負傷年月日 （療養開始日）	令和	年 月 日	
	⑨	発病または 負傷の原因 （詳しく記入してください）	※外傷性(ケガ)によるものである場合は「負傷の原因について(回答書)」を添付してください					
	⑩	第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい(第三者行為、交通事故による傷病の場合は申請前に組合へご連絡ください)					
	⑪	診療を受けた医療 機関・調剤薬局	名称		所在地		医師氏名	
			名称		所在地		医師氏名	
	⑫	診療の期間又は治 療用装具指示日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間					
	⑬	診療の内容 （○で囲んでください）	1 診察・投薬 3 その他（ ）	⑭	診療に要した費用		円	
	⑮	療養の給付を受ける ことができなかった理由 （○で囲んでください）	1 保険証等を持たずに医療機関等で受診したため 2 以前加入していた健康保険を使用したため 3 加入手続き中に医療機関等で受診したため 4 治療用装具・眼鏡は保険契約がないため	5 海外の医療機関で受診したため 6 臍帯血・造血幹細胞を搬送したため 7 その他（ ）				
	⑯	金融機関 名称	(フリガナ) 銀行 労金 信金 農協 信組 漁協	(フリガナ) 本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	口座 番号	右詰めでご記入ください	
		口座名義 (カタカナ)	金融機関コード	店番コード			<⑯振込口座について> ・被保険者(申請者)名義の口座を 記入してください ・代理人に委任する場合は、⑰委任 状欄に記入のうえ代理人名義の口 座を記入してください	
	給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状を記入してください							
⑰	委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 被保険者 住所 〒 (申請者) 氏名 ㊦						
	受取代理人の 住所	〒	委任者との関係					
	代理人 の氏名							
					令和	年 月 日	受付印	

<療養費の支給対象事由及び添付書類>

- ・ やむを得ない事情で医療費を自費で支払った場合は、領収書(原本)、診療報酬明細書(原本)または調剤報酬明細書(原本)を添付してください。
- ・ 治療用装具を作成した場合は、治療用装具製作指示装着証明書(原本)、領収書(原本)を添付してください。
- ・ 海外で療養を受けた場合は、診療内容明細書(原本)、領収明細書(原本)、領収書(原本)、パスポート(写)を添付してください。なお、明細書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- ・ 臍帯血・造血幹細胞を搬送した場合は、医師の意見書(原本)、領収書(原本)、領収明細書を添付してください。
- ・ 生血液の輸血を受けた場合は、輸血証明書(原本)、血液代金の領収書(原本)を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1 Name of patient(Last,First) 患者名 Age(Date of Birth) 年齢(生年月日) Sex (Male · Female) 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 attached paper) 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号(別紙参照) (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 入院 From 自 to 至 (days)

■ Out patient 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 ? 治療は事故の傷害によるものですか Yes No
はい いいえ

9 Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician 治療実費 From B 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 医療機関 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

- 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
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名をしてください
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient.
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式が1枚必要です

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 | _____ |

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for
注意 : **luxurious room charge.**
高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください

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** _____
Office 医療機関 _____ **Phone** _____

Date 日付 : _____ . _____ . _____ **Signature** 署名 _____

Attending Physician 担当医

診療内容明細書(翻訳)

1 患者名 (男・女)

生年月日 年 月 日

2 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

_____ (No.)

3 初診日 年 月 日

4 診療日数 日間

5 治療の分類

■ 入院をした日

年 月 日 ~ 年 月 日 日間

■ 外来受診日

年 月 日 年 月 日

年 月 日 年 月 日

6 症状の概要

7 処方、手術その他の処置の概要

年 月 日

翻訳者

住 所

氏 名 印

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

Age(Date of Birth)
年齢(生年月日)

Sex (Male · Female)
性別 (男 · 女)

Date of First Diagnosis
初診日

Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 days 日間

Tooth Number 歯式	
Permanent Tooth 永久歯	Milky Tooth 乳歯
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16
R. 8 7 6 5 4 3 2 1	L. 1 2 3 4 5 6 7 8
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17
#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J
R. E D C B A	L. A B C D E
#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K

Tooth No. 歯式	Dental Treatment 歯科治療	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
	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				
	Metal Crown 金属冠				
	Post Crown 継続歯				
	Jacket Crown ジャケット冠				
	Bridge Work ブリッジ				
	Plate 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				
	Medicine 投薬				
	The Others その他				
Unit is 通貨単位				Total 合計	

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 医療機関 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

- 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
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名をしてください
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient.
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式が1枚必要です

様式 C

歯科診療内容明細書(翻訳)

患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別 (男 ・ 女)
 年 月 日

初診日 _____ 診療日数 _____
 年 月 日 日間

歯 式

永久歯

乳歯

R.	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	L.	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	R.	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L.
	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		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																							
	#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												

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

翻訳者

住所

氏名

印