健康保険　被保険者
家　族　海外療養費支給申請書

<table>
<tr><td rowspan="14">被保険者が記入するところ</td><td>①健康保険証の記号・番号</td><td colspan="2"></td><td>②事業所の名称・所在地</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>③傷病名</td><td colspan="3"></td><td>④発病又は負傷の年月日</td><td colspan="2">年　月　日
（負傷の場合:：　時頃）</td></tr>
<tr><td>⑤発病又は負傷の原因</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>⑥傷病の経過</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑦診療を受けた病医院</td><td>名称</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">⑧
所在地
電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑨診療に従事した医師</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>⑩診療の内容</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑪診療の期間</td><td colspan="3">自　年　月　日
至　年　月　日　日間</td><td rowspan="2">⑫診療に要した費用の額と通貨</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑬診療を受けた国名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>⑭該当者が被扶養者のとき</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>昭和・平成
年　月　日</td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり申請いたします。
平成　年　月　日

住所　〒
被保険者　氏名　㊞

伊藤忠連合健康保険組合理事長　殿</td></tr>
</table>

上記の金額の受領方を　　殿㊞に委任します。

平成　年　月　日

被保険者氏名　㊞

［受付日付印］

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.
   各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

Attending Physician's Statement

Form A（**様式** A）　　**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 **傷病名** _____
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_____to_____（　days）
   ☐ Outpatient or Home Visit **入院外：** _____
   _____
   _____（　days）
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
9. Itemized Amounts paid to Hospital&／or Attending Physician.：
   Fill in From 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・住所**
    Name **名前：**Last **姓**_____First **名**_____
    Address **住所：**Home **自宅**_____Tel._____
    Office **病院**_____Tel._____
    Date **日付**_____

    Signature **署名**_____Attending Physician **担当医**
    Reference Number of your Medical Report（if applicable）
    診療録の番号_____

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 a hospital / clinic.

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、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、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。

Form B
様式 B

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) Others (Specify)	その他（項目明記）	$
(16) Total	合　　計	$

Unit is
貨幣単位

Important：Exclude the amount irrelevant to the treatment for a luxurious room charge.

注　　意：高級室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 _____ Tel 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Tel 電話 _____

Date：日付 _____ Signature 署名 _____

☆邦訳

2.傷病名

6.症状の概要

7.処方、手術その他の処置の概要

◇ 翻訳者記入欄 ◇

名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿