

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
		日	間

支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

療養費支給申請書 (第 回目)

被保険者証の 記号・番号	210 第 1025 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 名称	000(株)大阪支店 電話0000局0000番
傷病名	虫歯	所在地	大阪市北区西天満0丁目0番地
発病又は 負傷の原因	虫歯による歯痛	発病又は負 傷の年月日	H22年8月20日
傷病の経過			
診療又は手 当を付した 医療機関の 名称・所在地 及び医師の 氏名	名称 〇〇 歯科 氏名 〇〇〇〇	所在地 及び電 話番号	上海古北新区水城南路 〇〇号 TEL-NO. 00-00-000000
診療又は 手当の内容	虫の治療 入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日		
診療又は手 当を受けた 期間	自 H22年8月20日 至 H22年8月25日 2日間	診療又は手 当に要した 費用の額	金 1.400 円也
療養費の特 別給付が あるとき その理由	被保険者が この生業を 営むに際し 特別の給付 を受けるに 値する理由 があること を証明する		
療養費の特 別給付が あるとき その理由	特給は給 付し、給付 の理由は 給付の理 由を証明す ること		
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	年 月 日 被保険者 との続柄
振込希望の 銀行又は 郵便局名	銀行	支店(普通 当座第 号)	郵便局
上記のとおり申請します。 H22年9月1日 被保険者の住所 大阪市中央区内本町0-0 健康保険組合理事長 殿 氏名 健保一郎 (印)			

委任状	私は 〇〇〇〇 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者		
	金 円也の受領に関する事。 H22年9月1日 被保険者の住所 大阪市中央区内本町0-0 被保険者の氏名 健保一郎 (印)		
	代理人の住所 東京都中央区日本橋本町0-0 氏名 〇〇〇株式会社 本社 〇〇〇〇 (印)		
振込希望の 銀行又は 郵便局名	銀行	支店(普通 当座第 号)	郵便局

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 受領者 住所 氏名 (印)
-----	--

(注意事項) 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、「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。

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

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 健保一郎 年齢(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 : 8.20, 2010  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment : 2 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 : 8.20, 2010 8.25, 2010  
入院外 \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要  
7/48 P2 64 急性per

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要  
64 抜歯

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 2010.8.25 Signature 署名 ○○○○ (印)  
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	\$ <u>70</u>
(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	\$ <u>700</u>
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ <u>200</u>
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____
(11) Medicines	医薬費	\$ <u>400</u>
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____
(13) Anesthetics	麻酔費	\$ <u>30</u>
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$ _____ \$ _____
(16) Total	合計	\$ <u>1400 円</u>

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 2010.8.25 Signature ○○○○ (印)  
日付 署名