

届出コード	処理区分	届書	処理区分	1. 立替払等
3 0 0				2. 治療用装具

健康保険被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

(立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受 取 代 理 人	送 信	⑧ 受付年月日
	①	②	③	5 : 昭 7 : 平	*	*	※ 0 : 無 1 : 有		※ 年 月 日
	⑨ 被保険者の (申請者) 氏名と印		(フリガナ)		⑩ 事業所の (ア)名称				
	被保険者の (申請者) 住 所		⑩ 郵便番号		(フリガナ)		(電話番号)		
	⑪ 住所コード		※				()		
	療養が被扶養者に関する ときは、その方の		(ウ)氏名	(ロ)生年 月 日	昭和 平成 年 月 日生	(ハ)被保険者 との続柄			
	⑫ 傷病コード		※		(カ) 傷病名	⑭ 発病または負傷年月日 (療養開始日)			
	⑬ カ ナ		※				年 月 日		
	(キ) 発病または負傷の 原因およびその経過				⑮ 第三者行為によるものですか。				
			0 : いいえ 1 : はい						
診療を受けた 病院等		(ク) 名 称		(コ) 診療した医師氏名					
		(ケ) 所在地							
⑯ 診 療 の 期 間 (支給期間)		自	年 月 日	⑯ 日 数	⑰ 入院・入 院外の別	(サ) 入院の場合左記の入院期間		(シ) 診療に要した費用の額	
		至	年 月 日	日	0 : 入院外 1 : 入院	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間		円	
(ソ) 診 療 の 内 容				(セ) 療養の給付を受けるこ とができなかった理由					

※ の 別	1. 立替払い等	⑱ 療養の原因 (コード)	⑲ 施術回数		回				
	2. 治療用装具	⑱ 治療用装具 (コード)	⑲ 支給種別	1 初回支給	⑳	年	月	日	
	3. 生 血	⑱ 輸 血 回 数		2 補 修	装 着				
				3 再 支 給	年月日				
(21) 支給回数	(22) 支 給 算 出 額	(23) 調整減額 コード	(24) 調 査 先 コード	(25) 海外表示	(26) 特別支給 コード	(備考)			
回	円			0. 国 内 1. 海 外					

支 払 金 融 機 関 の 欄	(27) 支払区分	※ 1 : 振 込 2 : 銀 行 送 金 3 : 郵 便 局 送 金 4 : 当 地 払	(29) 預金種別	1 : 普 通	(ソ) 銀行 () (フリガナ)	技官等意見	
	(28) 金融機関 コード	※		2 : 当 座			金庫 本店
	(30) 口座番号	※		3 : 通 知			農協 支店
				4 : 別 段	口座名義		
					郵便局		

受 取 代 理 人 の 欄	(タ) 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。						令和 年 月 日提出
	令和 年 月 日						受 付 日 付 印
	住所		被保険者 (申請者) 氏名				⑰
	(31) 代理人の 氏名と印	(フリガナ)		⑱			(チ) 委任者と代理人との関係
代理人 の 住 所	(32) 郵便番号	+	(フリガナ)		送 信		
	(33) 住所コード	※					

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. 各月毎、入院・入院外毎に付、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(男・女)
2. Name of Illness of Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance(Please refer to the table attached to this form)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(P7～P10参照)
_____ (No.)
3. Date of First Diagnosis: _____, 20
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization: From _____, _____ to _____, _____ (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
 Outpatient or _____, _____, _____ (_____ days)
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? Yes No
治療は事故の障害によるものですか? はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: Fill in Form B
項目別治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____
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 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 hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(homevisit) 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ください。

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 Vsit	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) Anaethetics	麻酔費	\$	_____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____	
(15) Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	_____	\$ _____
		\$	_____	\$ _____
				Unit is _____
				貨幣単位
(16) Total	合計	\$	_____	

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

注 意 : 高級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 /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 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____