

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外用) 家族

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の ふりがな 氏名	-		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
	住所	〒	-			
	事業所名称	所在地				
	委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日 海外療養費を申請し、当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。当該申請に際し、コスモエネルギーグループ健康保険組合が医療機関等に対して、当該申請に係る審査に必要な事項の照会を行う事、また当該医療機関等がその内容に回答をすることに同意いたします。				

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	生年月日	年	月	日	
	1-①家族の場合はその方の氏名			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和		
	2 傷病名			3 発症または負傷の	年	月	日	
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	<input type="checkbox"/>	1. 病気	原因及び経過				
				2. けが	→ 事故または第三者の行為によるけがの場合は健保へお知らせください。			
	5 診療を受けた医療機関等の (国名)	名称	所在地	診療した医師等の氏名				
		名称	所在地	診療した医師等の氏名				
	6 診療を受けた期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
	6-①上記の期間に入院していた場合はその期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日

支給金額						
法定給付						
付加給付						
合計						
常務理事	事務長	係				

<算出の基礎>

(法定)

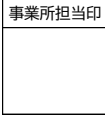
円 × % =

(付加)

円 × % - 30,000 =

円

健保受付印



記号・番号 _____

氏名: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

1 ② 3

Request to the Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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。
- 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。
- One form for each month, and for each hospitalization or outpatient visit 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。

Form A
様式A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____ Sex 性別 Male 男 ・ Female 女
Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____ Medical Record Number / 診療録番号 _____

2. Name of Illness or Injury Preferably with the International Classification of Diseases Number For Health Insurance Purposes
(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 (DD/MM/YY)
 Hospitalization 入院 From . . to . . (days)
 Out patient or Home Visit 入院外 From . . to . . (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 treatment required as a result of accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか? YES NO

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician Please fill out 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

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

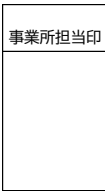
Medical Institution Name 医療機関名 _____

Address 住所 _____

Name of Physician 担当医名 _____ Title 称号 _____

Phone 電話 _____

Signature 署名 _____ Date Completed 作成年月日 _____



記号・番号 _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

1 2 ③

医師(療養担当者)記入用

氏名: _____

Request to the Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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。
- 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。
- One form for each month, and for each hospitalization or outpatient visit 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。

Form B
様式B

Itemized Receipt
領収明細書

- Initial Office Visit 初診料 _____
- Follow Up Office Visit 再診料 _____
- Home Visit 往診料 _____
- Hospitalization 入院費 _____
- Consultation 診察費 _____
- Operation 手術費 _____
- Nursing Fee 職業看護師費 _____
- X Ray Examination X線検査費 _____
- Tests Performed 諸検査費 ** Please provide details below 検査内容を記入

- Medications 医薬費 *Please provide the name and dosage for each medication 薬品名・投与量を記入

- Treatments /Procedures 処置費 _____
- Surgical Dressings 包帯費 _____
- Anesthetics 麻酔費 _____
- Operating Room Charge 手術室費用 _____
- Other Please specify) その他(特記)

- Total 合計 _____
Currency Unit 通貨単位

**IMPORTANT Exclude any irrelevant costs to the treatment i.e payment for private/deluxe room.
注意:特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医 情報欄

Medical Institution Name 医療機関名 _____

Address 住所 _____

Name of Physician 担当医名 _____ Title 称号 _____

Phone 電話 _____

Signature 署名 _____ Date Completed 作成年月日 _____ . _____ . _____

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 病状の概要処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名



電話番号

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名



電話番号