

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)

事業所担当者印

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の ①記号 ②番号		③ 生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日		
	被保険者の 氏名と印 (フリガナ)		事業主の 名称 所在地		
被保険者の 住所 郵便番号		(フリガナ)			(電話番号)
療養が被扶養者に関する ときは、その方の		④氏名	⑤生年月日	昭和・平成 年 月 日生	⑥被保険者 との続柄
傷病名				発病または負傷年月日 (療養開始日) 年 月 日	
発病または負傷の 原因およびその経過				第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
診療を受けた 病院等		名称 所在地	診療した医師氏名		
診療の期間 (支給期間)		自 年 月 日 日 数 至 年 月 日 日	⑦入院・ 入院外の別 入院外 入院	入院の場合左記の入院期間 自 平成 年 月 日 日間 至 平成 年 月 日 日間	
診療の内容		療養の給付を受けること ができなかった理由			
日本国内で受 診できなかった 理由		<input type="checkbox"/> ①出向中 (家族帯同含む)	<input type="checkbox"/> ②出張中	<input type="checkbox"/> ③その他 理由 ()	→③その他の場合…パスポート(氏名の頁、潜 在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁) の写しを添付
委任状		コスモ石油健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日 ・上記のとおり申請いたします。上記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。 ・コスモ石油健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の 内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答を行うことに同意します。 被保険者 住所 氏名 印			

支 給 金 額				
法定給付				
付加給付				
合 計				

<算出の基礎>

(法定)
円 × % = 円

(付加)
円 × % - 20,000円
= 円

平成 年 月 日提出

コスモ石油健康保険組合		
常務理事	事務長	保

**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、この様式が1枚必要です。

事業所担当者印

記号	番号
氏名	(フリガナ)
事業所名	

Form A
様式 A

**Attending Physician's Statement
診療内容明細書 (海外用)**

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female)
年齢 (生年月日) _____ 性別 (男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

(No, _____)
3. Date of First Diagnosis: _____ 20 _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ Days
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
入院外 _____, 20 _____ to _____, 20 _____
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
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital & / 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
担当医の名前および住所
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)
診察録の番号

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、その旨を書いてください。

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)	\$ _____	\$ _____	\$ _____

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 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : 日付 _____ Signature 署名 _____