

健康保険

被保険者  
家 族

療養費支給申請書 (第 1 回目)

(立替払等・治療用装具・生血)

(立替払等・治療用装具・生血) 歯科受診の場合は書類が異なりますので、健保にお問い合わせ下さい。

事業所担当者印を忘れずに

事業所担当者印

印

押印を忘れずに

被保険者証	記号	番号	生年月日		
	5	2028999	昭和 平成	55	05 05
被保険者の氏名と印	(フリガナ)	ケンボ タロウ	名称	コスモ石油 (株)	
	健保 太郎	健保	所在地	東京都港区芝浦1-1-1	
被保険者の住所	郵便番号	105 0014	(フリガナ)	トウキョウトミナトクシバ1チョウメ10/ビル11ゴウ	
	東京都港区芝一丁目10番11号		(電話番号)	03 - 3798 - xxxxx	
療養が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	該当なし	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	被保険者との続柄
傷病名	アキレス腱断裂			発病または負傷年月日 (療養開始日)	年 5 月 5 日
発病または負傷の原因およびその経過	サッカーで相手と激突し、切断した			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	××病院	診療した医師氏名		
	所在地	市 町 番地	入院の場合にその期間を記入		
診療の期間 (支給期間)	自	年 5 月 5 日	日数	入院 入院外の別	入院の場合左記の入院期間
	至	年 5 月 31 日	27 日	入院外 入院	自平成 年 5 月 5 日 27日間 至平成 年 5 月 31 日
診療の内容	短下肢装具装着 治療内容または装具の名称を		療養の給付を受けることができなかった理由	病院で製作できないため	
			入院外または入院中の選択をしてください		
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿		平成 年 月 日	健康保険証を提示できない理由ならびに治療用装具を製作した理由を記入してください	
	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。				
	被保険者	住所 東京都港区芝一丁目10番11号			
	氏名	健保 太郎	健保		

被保険者の場合は該当なしを記入してください

治療期間を記入してください

任意継続被保険者以外の方はもれなく委任状が必要です。記入押印を忘れずに

	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

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

平成 年 月 日提出

付 日 付  
取 印

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

- 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。
- 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。
- 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)

- Name of patient (Last, First) Aiko Kenpo Age (Date of Birth) 3.3.1972 Sex (Male・Female) Female  
年齢 (生年月日) 性別 (男・女)
- 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, 1112 )
- Date of First Diagnosis; 1. March 20 xx  
初診日
- Days of Diagnosis and Treatment; 1 Days
- Type of Treatment  
治療の分類  
Hospitalization: From 1. March, 20 xx to  , 20   (   days)  
入院 自   至   (   日間)  
Out patient or Home Visit  
入院外  , 20   to  , 20
- Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要  
Dental caries
- Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要  
crown #LZ (palladium)
- 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
- 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
- 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 xx - xxx - xxx  
Office 病院又は診療所 Phone 電話  
Date 日付 1. March, 20xx 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 1. March, 20×× Signature 署名 \_\_\_\_\_