

# 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) ※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。

|  |                              |        |                      |          |          |                       |              |        |            |              |
|--|------------------------------|--------|----------------------|----------|----------|-----------------------|--------------|--------|------------|--------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証                        |        | ③ 生年月日               |          |          |                       |              |        |            |              |
|  | ①記号                          | ②番号    | 昭和<br>平成             | 年        | 月        | 日                     |              |        |            |              |
|  |                              |        |                      |          |          |                       |              |        |            |              |
|  | 被保険者の氏名と印                    | (フリガナ) |                      | 事業主      | 名称       |                       |              |        |            |              |
|  |                              |        | ④                    |          | 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<br>(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                           |        |                      | 診療した医師氏名 |          |                       |              |        |            |              |
|  |                              | 所在地    |                      |          |          |                       |              |        |            |              |
| 診療の期間<br>(支給期間)  | 自                            | 年      | 月                    | 日        | 日数       | ⑦入院 入院外の別             | 入院の場合左記の入院期間 |        | 診療に要した費用の額 |              |
|  | 至                            | 年      | 月                    | 日        |          |                       | 日            | 入院外 入院 |            | 自平成 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 |          |          |                       |              |        |            |              |
| 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。 |        |                      |          |          |                       |              |        |            |              |
|  | 被保険者 住所                      |        |                      |          |          |                       |              |        |            |              |
|  | 氏名                           |        |                      |          |          | ⑧                     |              |        |            |              |

|      |         |  |  |  |
|------|---------|--|--|--|
|      | 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)

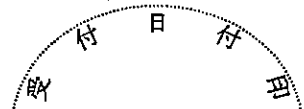
円 ×            % - 20,000円

=            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



# 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1枚が必要です。

事業所担当者印

|      |        |
|------|--------|
| 記号   | 番号     |
|      |        |
| 氏名   | (フリガナ) |
|      |        |
| 事業所名 |        |

## Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書 (海外用)

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex  M  F  
性別 男 女

Service Date 受診日 \_\_\_\_\_ Total 合計 \_\_\_\_\_ Visits 回 \_\_\_\_\_

| Tooth Number 歯式     |     |     |     |     |     |     |     |                |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Permanent Tooth 永久歯 |     |     |     |     |     |     |     | Milky Tooth 乳歯 |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| #1                  | #2  | #3  | #4  | #5  | #6  | #7  | #8  | #9             | #10 | #11 | #12 | #13 | #14 | #15 | #16 | #A  | #B | #C | #D | #E | #F | #G | #H | #I | #J |    |    |
| R.                  | 8   | 7   | 6   | 5   | 4   | 3   | 2   | 1              | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | E  | D  | C  | B  | A  | A  | B  | C  | D  | E  | L. |
|                     | 8   | 7   | 6   | 5   | 4   | 3   | 2   | 1              | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | E  | D  | C  | B  | A  | A  | B  | C  | D  | E  |    |
|                     | #32 | #31 | #30 | #29 | #28 | #27 | #26 | #25            | #24 | #23 | #22 | #21 | #20 | #19 | #18 | #17 | #T | #S | #R | #Q | #P | #O | #N | #M | #L | #K |    |

| Services 診療内容   | Tooth No. 歯式   | Fee 料金 | Services 診療内容                                 | Tooth No. 歯式  | Fee 料金 |
|---|--|--------|---|---|--------|
| 1. Examination 診察   |  | _____  | 8. Filling Amal. 充填 アマルガム                     | 1 surf. _____<br>2 surf. _____<br>3 surf. _____           |        |
| 2. X-ray レントゲン 診断   | Bite-wings 咬翼型 ×<br>Periapical 標準型 ×<br>Panoramic パノラマ × | _____  | Comp. 複合レジン                                   | 1 surf. _____<br>2 surf. _____<br>3 surf. _____           |        |
| Models スタディモデル  |  | _____  | 9. Inlay / Onlay インレー・アンレー                    |   |        |
| 3. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |  | _____  | 10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造 |   |        |
| 4. Prophylaxies 歯垢  |  | _____  | Post c Core メタルコア                             |   |        |
| Fluoride フッ化物塗布   |  | _____  | 11. Crown 冠                                   | Porcelain / Gold ポーセレン・金<br>Silver Alloy 銀合金<br>Other その他 |        |
| 5. Extraction 抜歯  |  | _____  | 12. Bridge Work ブリッジ                          | Abut. 支台歯<br><br>Pontic グミー                               |        |
| 6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化                       |  | _____  | 13. Plate Denture 有床義歯                        |   |        |
| Gingival Curettage 盲嚢搔爬   |  | _____  | 14. Other その他                                 |   |        |
| 7. Pulp Cap 歯髄覆罩  |  | _____  |   |   |        |
| Pulpotomy 歯髄切断・抜髄   |  | _____  |   |   |        |
| Root Canal Therapy 根管治療   | 1 canal _____<br>2 canal _____<br>3 canal 根管 _____       |        |   |   |        |

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所 又は 歯科医院の名称及び所在地 \_\_\_\_\_

Total Fee 合計 \_\_\_\_\_

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 \$ _____<br>貨幣単位     |                   |
| (16) Total 合計  |           | \$ _____                     |                   |
| Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. payment for a luxurious room charge.<br>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<br>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 _____           |                   |