健康保険　被保険者　家族　療養費支給申請書

ダイフク健康保険組合　殿

（第　　回目）

被保険者の記号・番号	ー		事業所名		
傷　病　名				発病または負傷の年月日	年　月　日
発病または負傷の原因とその経過					
診療または手当を受けた医療機関	名　称		所在地	電話（　　）	
	医師の氏名				
診療または手当の内容			コルセット装着日	年　月　日	
診療または手当を受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間		診療または手当に要した費用の額	円	
第三者行為による負傷であるとき	届出の有無	有　無	加害者の氏名		
			加害者の住所		
家族（被扶養者）に関する申請のとき	氏名		生年月日	年　月　日	被保険者との続柄
振込希望銀行 **被保険者、または受取代理人名義のものを記入**	銀行　支店　普通・口座番号　口座名義（ｶﾅ）				

上記のとおり申請します。

年　月　日

被保険者（申請者）の　住　所

氏　名

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 年　月　日 被保険者（申請者） 住 所 氏 名	代理人の氏名	被保険者との関係
		代理人の住所・電話番号	
		電話（　）	

（注意事項）

輸血およびコルセット等、治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と「領収書」を添付して下さい。

①This form is used for claiming the health insurance benefit.
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
②This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
③Please fill in the description of service other than listed items.
※12その他　の項目には1～11に該当しない診療内容を記入して下さい。
④One form for each month and one form for hospitalization/outpatient.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1 枚が必要です。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別 ☐ M 男 ☐ F 女
※Diagnosis / Symptoms 診断 症状	☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	

Description of Service 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 当件の初診日 _____ Subsequent Visit 再診 _____ _____ _____ Home Visit 往診 _____ Total合計 _____ Visits 回	 _____ _____ _____ _____ _____	7. Inpatient 入院 From_____to_____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計_____Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room, Food, etc. 室料・食事療養	 _____ _____
2. Medication 投薬 ☐ yes ☐ no Pharmacy 薬剤	_____ _____	8. Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	_____ _____ _____ _____
3. ☐ Injection 皮下・筋注 ☐ IV treatment 点滴 Pharmacy 薬剤	_____ _____	9. Anesthesia 麻酔 ☐ Local 局部 ☐ Spinal 脊髄 ☐ General 全身	_____
4. Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 ☐Urine 尿 ☐Blood 血液 ☐_____ ☐ECG (EKG) 心電図 ☐Ultrasound 超音波検査 ☐_____ ☐_____	 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	10. Operation 手術室 / Emergency room 緊急治療室	_____
5. Physiotherapy _____times 理学療法 回	_____	11. Radiology 画像診断 ☐ X-ray ﾚﾝﾄｹﾞﾝ診断 ☐ CT ｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ断層撮影 ☐ Ultrasound 超音波検査 ☐_____	 _____ _____ _____ _____
6. Medical Supplies 医療器材	_____	※ 12. Others (specify) その他 ☐_____ ☐_____ ☐ Medical Certificate 診断書	 _____ _____ _____

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所　又は病院，診療所の名称及び所在地

_____

_____

Total Fee 合計

Date 日付_____　Physician's Signature 医師の署名_____

1. ※診断・症状を別紙に邦訳して下さい。
2. （12. その他）に医師の記入がある場合は必ず別紙の邦訳用紙に和訳を記入して下さい。

邦訳（医科分）

診断・症状

12. その他（項目明記）

	翻訳者記入欄
名前	印／ｻｲﾝ
住所	電話

ダイフク健康保険組合

理事長　小西　良雄　殿

同　意　書

　私は、ダイフク健康保険組合が行う全ての保険給付の支給を決定する審査にあたり、関係機関への照会及びそれらの回答又はデータを受領することについて同意します。

年　　月　　日

被保険者　　記号　　番号

住　所

氏　名

※自筆でお願いいたします。