

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)

被保険者証の 記号・番号	—	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 (か)						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者（申請者）の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>											

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。	代理人の氏名	被保険者 との関係
	年 月 日		
	被保険者（申請者） 住所	代理人の住所・電話番号	
	氏名	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。

- ① This 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。
- ② This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- ③ Please 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。
- ④ One 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	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
※Diagnosis / Symptoms 診断 症状		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬 Pharmacy 薬剤	_____	8. Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	_____
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV treatment 皮下・筋注 点滴 Pharmacy 薬剤	_____	9. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊髄 全身	_____
4. Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____	10. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室	_____
5. Physiotherapy _____ times 理学療法 回	_____	11. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____	_____
6. Medical Supplies 医療器材	_____	※ 12. Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 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 _____ Physician's Signature _____
 日付 _____ 医師の署名 _____

- ※診断・症状を別紙に邦訳して下さい。
- (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