

(Form 1)

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	記号	番号			
被保険者氏名	印				
被保険者生年月日	年 月 日				
被保険者住所及び電話番号	〒 ー TEL ()				
事業所名称					
受診者氏名		続柄			
受診者生年月日	年 月 日				
療養費の種類	海外療養費				
傷病名及び傷病の経過					
発病の原因及び発病年月日	年 月 日				
診療を受けた国名及び支払通貨名	国名)	通貨名)			
診療又は手当の期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
振込希望金融機関 (カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	銀行 信金 信組 農協	支店	1 普通 2 当座	

P & Gグループ健康保険組合 TEL 078-845-7100

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・入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) _____
患者名
Age (Date of Birth) _____ Sex (Male * Female)
年齢 (生年月日) _____ 性別 (男 * 女)
- 2 Name of Illness
病名

3. Date of First Diagnosis _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization: From _____, ~ To _____, (_____ days)
入院 自 至
 Outpatient : From _____, ~ To _____, (_____ days)
入院 自 至
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?
治療は事故の傷害によるものですか? Yes , No
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Fill in Form 3
項目別治療実費 様式3による
- 10 Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
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 _____
Attending Physician 担当医

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 hospital / clinic
この様式は担当医又は病院事務長が書き、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・入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

Itemized Receipt

領収明細書

Fill in the paid currency (e.g. US dollar)

(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)	_____
(16)		_____
(17)		_____
(18)		_____
(19)		_____
(20)		_____
(21) 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ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

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 _____