

<Example>

《記入例》 (海外療養費)

Medical Cost Payment Request

受付年月日	年	月	日	
同年月日	年	月	日	
決裁年月日	年	月	日	
支給額	円			
支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
		日	間	

支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

Health insurance card symbol/ number
★Attach a receipt (original)

Name of company where the insured individual is or was employed

療養費支給申請書

(第 回 目)

被保険者証の番号	101	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	ソニー(株)	電話局番																		
第 号	99999	所在地	Place	Telephone number																		
傷病名	虫垂炎	発病又は負傷の年月日	H14	年	9	月	1	日														
発病又は負傷の原因	不明	傷病の経過	良好	Name of sickness or injury			Cause of injury sickness or injury			Date of sickness or injury												
傷病の経過	良好	Course of injury or sickness			Name			100 Kapiolani, Honolulu, Hawaii 97300			Place and Telephone Number											
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	ホノルル病院	所在地及び電話番号	808-800-1001	Name of Attending Physician			John Smith			Name of Attending Physician											
診療又は手当の内容	入院及び手術	入院期間	自	14	年	9	月	1	日	至	14	年	9	月	5	日	Nature of treatment			Period of hospitalization (from~ till ~)		
診療又は手当を受けた期間	自	14	年	9	月	1	日	5	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	132,905	円也	Date corset was attached								
療養費の給付を受けるに当たって、被保険者が特別に定められた医療機関に受診した理由	海外旅行中であったため			Cost of treatment (Yen) * Convert all monetary amounts into Japanese yen																		
療養費の給付を受けるに当たって、被保険者が特別に定められた医療機関に受診した理由	The reason payment for medical costs, special medical costs, or dependant medical costs could not be obtained																					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	Whether a notice has been submitted concerning these facts	加害者の氏名	Name of the perpetrator			加害者の住所	Address of the perpetrator														
被扶養者に関する申請のとき	氏名	Name	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄	Relationship with the insured														
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通当座)	Birth Date (Meiji/Taisho/Showa/Heisei, Y/M/D)				郵便局															
上記のとおり申請します。			Address of the insured			Seal																
14年10月15日			Application date			被保険者の住所			横浜市山下公園1-1-1			Name of the insured										
健康保険組合理事長 殿			氏名			曾仁 由美子																

About Medical Institution

Period of treatment (from~ till ~, number of days)

If applicable, the fact that the medical treatment or care received includes provision of special hospital rooms or other treatment selected by the insured, as defined by the Minister of Health and Welfare

When the injury is due to third-party actions

Be sure to provide information on dependents if the application concerns dependents

Letter of attorney
A business facility adopting the direct individual remittance system need not fill this in

I hereby authorize () to serve as an agent on my behalf for the following authority.

Remember to affix your seal

委任状	私はソニー(株)を代理人と定め、次の権限を委任する。 14年10月15日請求した被保険者療養費のうち 金 円也の受領に関する事。 14年10月15日 被保険者の住所 横浜市山下公園1-1-1 氏名 曾仁 由美子 代理人の住所 氏名	Application date	Address of the insured	Name of the insured	Address of the agent	Name of the agent	Seal (曾仁)
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通当座)	第 号	郵便局			

領収書	金 円也但し う え の 金 額 を 領 収 い た し ま し た 。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 (印)
-----	--

Form A
様式 A

- 1 . This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は、社会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、かつ署名して下さい。
- 3 . One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

- 1 . Name of patient(Last,First) Age(Date of Birth) Sex(Male · Female)
患者名 曾仁 由美子 年令(生年月日) S48 . 9 . 9 性別(男・女)
- 2 . Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号(裏面参照)
- 3 . Date of First Diagnosis : 1 . SEP , 2002
初診日
- 4 . Days of Diagnosis and Treatment : 5 days
診療日数
- 5 . Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From 1 . SEP , 2002 to 4 . SEP 2002 (4 days)
入院 自 至 (日間)
 Out patient or Home Visit : 5 . SEP , 2002 20
入院外 20 20
- 6 . Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

発熱、腹部の痛み

- 7 . Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
虫垂切除
- 8 . Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes No
治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ
- 9 . Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending physician : Form B
治療実費 様式 B

10 . Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 Smith First 名 John

Address 住所 : Home 自宅 Phone

Office 病院又は診療所 ホノルル病院 Phone

Date 日付 Signature 署名

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

次頁へ

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

(1) Free for Initial Office Visit	初 診 料	\$	
(2) Fee for Follow-up Office	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	\$	900
(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) The Others (Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	\$	280
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	1,180

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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 : Last Smith First John Title _____

名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone _____

住所 Office 病院又は診療所 ホノルル病院 Phone _____

Date _____ Signature _____

日付 署名

Japanese translation

日本語訳

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

62. 虫垂炎

6. 症状の概要

発熱、腹部の痛み

7. 処方、手術、その他の処置の概要

虫垂切除

Japanese translation

日本語訳

15. その他

翻訳者 氏名 曾仁由美子

曾仁

（訳者が本人の場合も
書いてください。）

住所 横浜市山下公園1-1-1

電話番号 045 (607) 1234