

同年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日
合計支給額				円
支給内訳	款	項目	支給額	
	法定			円
	高額			円
	付加			円

常務理事	事務長	担当	台帳照合

<記入例>

被保険者 療養費 支給申請書 家族療養附加金

【この申請書には、「領収明細書」等の添付が必要です。詳しくは、下記「記入上の注意」を参照してください。】

①被保険者の記号と番号	2148 1999000	②事業所の名称	一般社団法人 共同通信社		
③傷病名	右足首の捻挫		④発病又は傷病の年月日	2019年 5月 1日 (負傷の場合は午後7時頃)	
⑤発病又は傷病の原因	階段を踏み外した				
⑥傷病の経過	治療を継続中				
⑦診療を受けた病医院の	(ア)名称		(イ)所在地		
⑧診療に従事した医師の	(ア)氏名		(イ)住所		
⑨診療の内容	診察・レントゲン・令湿布				
⑩診療の期間	自 2019年 5月 1日 至 2019年 5月 5日	5日間	⑪診療に要した費用の総額(薬代を含む)	\$478.80	
⑫ ⑩欄の期間中において診療を受けた実日数	2 日間	診療日を○月○日、○月○日…のように列記して下さい。 5月1日、5日			
⑬第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	⑭第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない	
⑮申請が被扶養者に関するときはその者の	(ア)氏名	共同 花子	(イ)昭和 生年 平成 月日 令和	年 月 日生	被保険者との続柄 妻
上記の通り申請いたします。			2019年 5月 6日		
被保険者の	住所				
	氏名	共同 太郎			印

共同通信社健康保険組合

【記入上の注意】

- この申請にかかる外国語の部分は、翻訳文を別紙に記入して下さい。
- この申請書には、「領収明細書」「証書添付」「翻訳文」「赴任に際し、パスポートに出国押印されたページのコピー」「調査に関わる同意書」の添付が必要です。
- 別紙「領収明細書」の医師記入欄に医師の記入を受けられない場合は、別紙にその理由を記入して下さい。

用紙を担当医師に渡して、記入を依頼してください。

RECEIPT (NON-DENTAL)
(領収明細書(一般医科用))

- 注意
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、かつ署名して下さい。
 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。
 - o Separate receipt required for prescriptions. (薬剤料は別に処方箋を添付のこと)

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

Name of Patient(Last,First) (患者名) _____ Age(Date of Birth) (年齢、生年月日) _____ Sex(Male・Female) _____

Name of Illness or Injury (傷病名) _____

Nature and Condition of Illness or Injury (症状の概要) _____

Diagnosis and Treatment (診療)

Date of First Diagnosis
(初診日)

Days of Diagnoses and Treatment
(診療を行なった実日数) ※⑫と同じ日数

days
(日間)

Currency paid
(支払通貨)

Description of Treatment or Operation・Anesthesia
(処置および手術・麻酔の概要)

X-Ray Examinations & Other, Including Number of Times
(レントゲン検査およびその他諸費用)

X-Ray Examinations (レントゲン検査) _____

Other Examinations (その他の検査) _____

Medical Prescriptions (薬剤処方)

Hospitalization (入院)

From _____ To _____ (days)

(日間)

The Others (その他) _____

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付)

Total (計)

翻 訳 文

(注)原文を上段に翻訳文を下段に記入して下さい。

〔 例. *Trauma to upper fornix of left eye.*
左目脳弓上部の外傷

Return for follow up visit.
再検査のため再来すること。 〕

翻訳者住所

翻訳者氏名