

記入例

JSR健康保険組合 御中
 被保険者(本人) 被扶養者(家族) 療養費支給申請書

係	事務長	常務理事
押	印	不 要

※訂正していただく場合は、本欄で捺印のうえ訂正印を押印して下さい。申請日 令和 **年

被保険者の記号番号	記号 ** 番号 ****	被保険者氏名	健保 太郎
被保険者の現住所	海外駐在員の方は、海外での現住所を記入して下さい。		
受診者氏名	健保 花子 (被保険者との続柄: 妻)	受診者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 **年 **月 **日 <input type="checkbox"/> 令和
傷病名	傷病名がわからない場合は、症状を記入して下さい。	発病又は負傷年月日	令和 **年 **月 **日
発病又は負傷の原因および傷病の経過	・高熱が出たため、病院で診察受け薬をもらった ・自宅で遊んでいるとき、イスから落ちて、頭を打った ・奥歯が虫歯で、1本に金属冠(セラミック)を被せた 症状とその後の経過をできるだけ詳しく記入して下さい。外傷性の負傷の場合は、どこで、何をしているとき、どうなったかなどを詳しく記入して下さい。		
診療を受けた医療機関の名称・所在地	OOOclinic 1234*****CA98765		
診療期間	自 令和 **年 5月 15日 至 令和 **年 5月 22日 (2日間)	入院通院の別	入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 通院
診療内容	診察、血液検査、薬の処方	診療に要した費用の額	(総額\$500-現地保険\$200) 300.00 US\$
渡航目的	本人 <input type="checkbox"/> 海外勤務 <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 研究・教育派遣 <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> その他()	家族 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> その他()	「その他」の場合は、渡航目的を記入して下さい。
傷病が第三者の行為によるものであるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	その事実の届出をJSR健康保険組合へ第三者の氏名・住所のときはその旨)	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない
※1 振込希望口座	金融機関名	支店名	
	OO <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所	XX	
(日本国内口座)	金融機関コード	店番コード	種目
(被保険者名義)	****	***	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
			口座番号(右ゾム)

			口座名義(カタカナで記入)
			ケンポ タロウ

※2 保険給付金の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)

事業主経由で給付金を受領する場合のみ、記入が必要です。

令和 年 月 日 住所

代理人 氏名 (印)

※1 日本国内の金融機関口座を記入して下さい。(給付金の受領を事業主に委任する場合は※1の記入不要)
 ※2 給付金の受領を代理人に委任(被保険者名義以外の口座に振込希望)する場合に記入してください。

・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【医科の場合の添付書類】
 ①別紙「診療内容明細書(医科用)」→医師記入
 ②①内容の翻訳→翻訳者記入
 ③領収書(原本)

【歯科の場合の添付書類】
 ①別紙「診療内容明細書(歯科用)」→医師記入
 ②①内容の翻訳→翻訳者記入
 ③領収書(原本)

必要事項をものないように入力して下さい。記入不備があると審査できない場合があります。

添付書類を忘れずに。また、書類はすべて原本を提出して下さい。

現地保険からの戻りがある場合は、受診日ごとの医療費総額、保険戻り額、最終自己負担額がわかる書類を添付して下さい。審査の際に大変助かりますので、ご協力をお願いいたします。

いずれか一方を記入して下さい。説明をご確認下さい。

見本

全項目について、医師の記入・署名が必要です。本人は記入できません。

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。

(医科用)

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis 診断	Symptoms 症状	
Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要(診療内容)		<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
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 外国語で書かれている箇所は、余白に邦訳を記入して下さい。 </div>		

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of services 受診日 <input type="checkbox"/> Initial Visit 初診20 <input type="checkbox"/> Subsequent Visit20 再診 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">受診日を記入してもらおう</div> .20 <input type="checkbox"/> Home Visit20 往診 Total 合計 ____ Visits 回		7. Inpatient 入院 from20 to20 (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 ____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room 室料 Food 食事療養	
2. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Kind of medicine 薬剤の種類 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">薬が処方されていたら、薬剤名も記入してもらおう</div>		8. Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 処置 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		9. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身	
4. Laboratory (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 回 理学療法		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"/> _____	
6. Medical supplies 医療器材		12. Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書	

医師記入様式

医師に記入してもらおう

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

ゴム印でも手書きでも構いません

Date
日付

医師の証明日

Physician's Signature
医師の署名

医師のサイン

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号

翻訳者住所・氏名
外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳(鉛筆可)を記入して下さい。ご自身の邦訳でも構いません。

※領収書が発行されず、この明細書が領収書の代わりとされた場合
こちらの余白部分に、以下のことを記入して下さい。
①領収書が発行されなかった理由
(例: 明細書に記入してもらったため領収書が発行されなかった)
②医師の領収した旨のサイン又はゴム印(Paid、Cash等)

※医師に記入・署名していただかなかった場合
上記内容に準じて病院が発行した明細書原本を提出して下さい。患者氏名、受診日、傷病名、診療内容、医療費が記載されていることをご確認下さい。

見本

全項目について、医師の記入・署名が必要です。本人は記入できません。

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。

(歯科用)

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M 男 F 女

Date of Services 受診日 From 受診日を記入してもらおう _____ Total 合計 受診日数を記入してもらおう _____

Tooth Number 歯式																													
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																					
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J				
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8													
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17													

Name of illness(傷病名)			
Dental caries う蝕症	Missing teeth 欠損	Pyorrhea alveolaris 歯槽膿漏	The others その他
患歯部位を記入してもらおう			

Dental treatment (歯科治療)	Date of Services (治療日)	Tooth No. (治療部位)	Services/Material (診療内容/材料)	Fee (料金)
1. Initial Office Visit 初診料				
2. X-Ray Examination レントゲン検査				
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄				
4. Extraction 抜歯				
5. Filling 充填			Material	
6. Inlay/Onlay インレー・アンレー			Material	
7. Metal Crown 金属冠(クラウン)			Material	
8. Post Crown 継続歯(継ぎ歯)			Material	
9. Jacket Crown ジャケット冠			Material	
10. Bridge Work フリッジ			Material	
11. Plate Denture 有床義歯			Material	
Partial Denture 局部義歯			Material	
Complete Denture 総義歯			Material	
12. Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置				
13. Medicine 投薬				
14. Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去				
Fluoride フッ化物塗布				
Root Planing スケーリング・ルートプレーニング				
15. Others (specify) その他				

医師記入様式

医師に記入してもらおう

本枠の項目については、必ず歯科材料の記載が必要となります。
(例) 金合金、金銀パラジウム合金、セラミック、ポーセレン、レジン、アマルガム など

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee
合計

ゴム印でも手書きでも構いません

Date 医師の証明日 _____ Dentist's Signature 歯科医師の署名 _____ 医師のサイン _____

翻訳者住所・氏名

外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳(鉛筆可)を記入して下さい。ご自身の邦訳でも構いません。

(R元.05)

※領収書が発行されず、この明細書が領収書の代わりとされた場合

こちらの余白部分に、以下のことを記入して下さい。
①領収書が発行されなかった理由
(例: 明細書に記入してもらったため領収書が発行されなかった)

※医師に記入・署名していただけなかった場合

上記内容に準じて病院が発行した明細書原本を提出して下さい。患者氏名、受診日、傷病名、診療内容、歯科材料、医療費が記載されていることをご確認下さい。