

海外療養費請求書 第二家族療養費

被 保 險 者 記 入 欄	下記により請求します。			
	令和 年 月 日			
	請求者住所			
	請求者氏名			
	KOA健康保険組合理事長 殿			
	被保険者証の 記号と番号	34第号	所属名	
	被扶養者が受診した ときはその氏名		生年月日	年 月 日
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
発病又は負傷の 原因及びその経過				
診療の内容				
診療の期間	年 月 日 日間 年 月 日	診療を受けた 国 名		
診療に要した費用	通貨の名称	金額 (外貨で記入)		
健康 保 險 組 合 記 入 欄	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
	支給決定金額	円	支払年月日	令和 年 月 日
	常務理事	事務長	担当者	

Form C
様式 C

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式が1枚必要です。

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

Name of patient(Last, First) Age(Date of birth) Gender(Mail・Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)

Date of First Diagnosis Days of Diagnosis and Treatment
初診日 _____ 診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位					
Permanent Teeth 永久歯			Deciduous Teeth 乳歯		
R	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	L	
R	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	L	

Teeth No, of Letter	Description of Service (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used, ETC.)	Date			Amount
		MO.	DA.	YR.	
Total Amount					

Name and Address of Attending Dentist
担当医名前及び住所

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 _____