

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	記号		番号		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	日間	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 険 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 A
様式 A

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

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.
毎月ごと、入院・入院外ごとにこの様式が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) Gender(Mail・Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury.
傷病名

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 (日間)
 Out patient or Home Visit: _____
入院外 _____
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? Yes No
治療は事故の傷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 _____ 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

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

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

(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) The Others (Specify)	その他 (特記せよ)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合計	\$ _____	

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ください。

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 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 _____