

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 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 _____