

健康保険被保険者 家族療養費支給申請書

(第 回目)

① 被保険者証の	記号	② 事業所の名称 (所属)	() アクサ生命保険 (株)	局・支社・部・本部
	番号		() アクサダイレクト生命保険 (株)	営業所・分室
③ 傷病名			④ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
⑤ 発病又は 負傷の原因	(1) いつ (3)何をしている時		(2)どこで	
⑥ 第三者行為に よるものですか	(1) はい	⑦ 第三者行為によって 負傷したときは	その事実の届出の有無	ある ・ ない
	(2) いいえ		第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	
⑧ 診療を受けた 病院等の	(1)名称	(2)医師名		
	(3)住所	(4)国名		
⑨ 診療の内容 (診療・投薬 ・検査等)				
⑩ 診療の期間	(1) 自 年 月 日 日間		装 具 装 着	(2)
	至 年 月 日		年 月 日	年 月 日
⑪ 診療に要した 費用の額	金 円也		⑫ 通貨の種類	
⑬ 入院・外来の別	() 入院	入院の期間	自 年 月 日	日
	() 外来	外来の期間	自 年 月 日	日
⑭ 受診者の	氏名	生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄
⑮ 療養の給付を受けること ができなかった理由				
<p>上記のとおり申請致します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p>アクサ生命健康保険組合理事長 殿</p>				

給与振り込み口座以外の口座を希望される方のみ記入して下さい。

振 込 銀 行	銀行			支店
	普 ・ 当	口座番号	フリガナ	
			名 義	

受付日付印

必要な添付書類：

1. 翻訳された診療内容明細書 (Form A 及び Form B)
2. 領収書の原本 (写しは不可)

なお、交通事故などの第三者行為による傷病の場合およびコルセット・ギプス・義肢等に関する申請の場合は、別な申請書も必要となりますので、健康保険組合にお尋ねください。

Form A Request to Attending Physician

様式 A 担当医へのお願い

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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎につきこの様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1 Name of patient (Last, First)

患者名

Date of Birth

生年月日

Sex (Male · Female)

性別 (男 · 女)

2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

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

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

Form A Translation

様式 A 翻訳

2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

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

翻訳者記入欄	
氏名	Ⓜ
住所	
電話	

Form B

様式 B

Itemized Receipt

領収明細書

(1) Free 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下さい。

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 : Last First Title
名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone
住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature
日付 署名

Form B Translation

様式 B 翻訳

(15) The others (Specify)
その他(特記せよ)

翻訳者記入欄	
氏名	印
住所	
電話	