

# 記入例

## 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 1 2 3	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 4 5 6 7		( ) アクサダイレクト生命保険(株) 営業所・分室	
③ 傷病名	虫歯		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 ○○年○月○日○時頃 (3)何をしている時 食事中		(2)どこで 海外旅行中で滞在中の○○ホテル	
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 ○○○○病院 (2)医師名 ○○ ○○		(3)住所 ABC Road, Garapan, Saipan	
⑨ 診療の内容(装具名)				
⑩ 診療の期間	(1) 自 ○○年○月○日 日間 至 ○○年○月○日		装具装着日	(2) 年 月 日 装着
	⑪ 診療に要した費用の額 金 ○○○○ 円也		⑫ 入院・外来の別	(1) 入院 (2) 外来
		入院の場合の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
⑬ 申請が被扶養者の場合はその者の	氏名	阿草 太郎	生年月日	○○年○○月○○日
		被保険者の続柄	本人	
⑭ 療養の給付を受けることができなかった理由	海外旅行中だった為			
<p>上記のとおり申請致します。</p> <p>○○年 ○○月 ○○日 〒108-8020</p> <p>住所 港区白金 1-1-1-301</p> <p>被保険者の氏名 阿草 太郎</p> <p>電話 000-000-0000</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** Translation  
様式B 翻訳

\* The Others  
その他

翻訳者記入欄	
氏名	⑩
住所	
電話	