

伺年月日 年 月 日				支払年月日 年 月 日				支給金額			
常務理事	事務長	担当	担当	資格取得 年 月 日				法定給付			
				請求金額 円				付加給付			
				査定金額 円				支給計			

被保険者 家族 海外療養費(法定・付加)支給申請書

※診療内容明細書、領収書、およびその日本語翻訳を添付してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者の所属・氏名		部 課/主査			
	被保険者の現住所		〒		電話			
	事業所の名称							
	傷病名		傷病名コード	発病または負傷の年月日		令和 年 月 日		
	発病または負傷の原因				傷病の経過			
	診療を受けた病・医院の	名称			医師の名			
		所在地						
	診療の時間		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	診療費	円	
	保険医の療養を受けられなかった理由							
	第三者行為による負傷であるとき		その事実の届出の有無	有・無	第三者(加害者)氏名			
				第三者(加害者)住所				
申請が被扶養者に関する時		氏名	生年月日		昭平令	年 月 日	続柄	

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
		被保険者(請求者)署名(自筆)			
	受取代理人	代理人の住所		(〒 -) (ゴム印使用)	
	受取代理人	代理人の氏名			

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関		銀行名		銀行・信金 信組				店・本店 支店・出張所	
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)		銀行番号						店番号	
	預金種別	1:普通 2:当座	口座番号					(フリガナ) 口座名義		

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。

Request to attending physician (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、かつ署名してください。)
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1枚が必要です。)

<FORM-A>

Attending physician's statement (診療内容明細書)

1	Name of patient(患者名)	
	Age(年齢)	
	Sex(性別)	
2	Name of Illness or Injury with Number of International Classification of Disease for the use of social Insurance. 傷病名及び社会保険用疾病分類番号	
3	Date of First Diagnosis(初診日)	
4	Days of Diagnosis and Treatment(診療日数)	
5	Type of Treatment(治療の分類) ・ Hospitalization(入院) From _____, _____ To _____, _____ (_____ days) ・ Out patient of Home Visit(入外院) ① _____, _____ ② _____, _____	
6	Nature and Condition of Illness or Injury(症状の概要) ※外国語で記載されている場合は、できるだけ日本語訳を補足または添付して下さい。	
7	Prescription, operation and other treatments(処方、手術、その他の処置の概要) ※外国語で記載されている場合は、できるだけ日本語訳を補足または添付して下さい。	
8	Was the treatment required as result of an accidental injury? (治療は事故の障害によるものですか?) <p style="text-align: center;">Yes(はい) / No(いいえ)</p>	
9	Name and Address of Attending Physician (担当医の名前及び住所) Name(名前) _____ Address(住所) _____ Date(日付) _____ Signature(署名) _____	

Request to attending physician (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、かつ署名してください。)
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1枚が必要です。)

<FORM-B-1>

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	(往診療)	_____
(4) Fee for Hospital Visit	(入院管理料)	_____
(5) Hospitalization	(入院費)	_____
(6) Consultation	(診察料)	_____
(7) Operation	(手術費)	_____
(8) Professional Nursing	(職業看護婦費用)	_____
(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) Anesthesia	(麻酔費)	_____
(14) Operating Room Charge	(手術費用)	_____
(15) The Others (specify)	(その他(特記せよ))	_____ _____ _____
(16) TOTAL (Unit is _____)	(合計(貨幣単価))	_____

※ INPORTANT: 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.
(担当医または、病院事務長の名前及び住所)

Name(名前) _____

Address(住所) _____

<h2 style="margin: 0;">Itemized Receipt (DENTAL)</h2> <p style="margin: 0;">(領収明細書 歯科)</p>
--

Name of Patient (患者名)		Age (年齢)		Sex (性別)	
Date of First Diagnosis (初診日)					
Day of Diagnosis and Treatment (診療日数)					

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	e d c b a	a b c d e	L
R	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L	R	e d c b a	a b c d e	L
1.	Name of Illness (傷病名)						
	1. Dental Caries (う蝕症)	2. Missing Teeth (欠損)	3. Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)	4. The Other (その他)			
	+	+	+	+			
2.	Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)			
	Initial Office Visit (初診料)						
	X-Ray Examination (レントゲン検査)						
	Dental Pulp Extirpation (抜髄)						
	Extraction (抜歯)						
	Filling (充填)						
	Metal Crown (インレー)						
	Post Crown (金属冠)						
	Jacket Crown (ジャケット冠)						
	Bridge Work (ブリッジ)						
	Plate Denture (有床義歯)						
	Partial Denture (局部義歯)						
	Complete Denture (総義歯)						
	Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏処置)						
	Medicine (投薬)						
	The Others (その他)						

TOTAL

Name of Dental Surgeon (医師の氏名)

Signature (署名)

Name and Address of Dentist's Office (歯科医院の名前及び住所)

Date (日付)