

No. _____

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	療養費 円
	第二家族療養費 円
	一部負担還元金 円
	家族療養費付加金 円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	被扶養者照合
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

事業所担当者

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	被保険者が勤務する (していた)事業所の 名称 所在地	電話 局 番
傷病名	発病又は負傷の年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因		
傷病の経過		
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 氏名	所在地及び電話番号
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日	
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	診療又は手当に要した費用の額 金 円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨		
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかつた理由	(詳細に記入のこと)	
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名 加害者の住所
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日 大昭平令 年 月 日 被保険者との続柄
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 -</p> <p>住所</p> <p>被保険者の 氏名</p> <p>セイコー健康保険組合理事長 殿</p> <p>電話 ()</p>		

(注意事項)

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male/Female)
患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男・女) _____

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____

3. Date of First Diagnosis : _____ / _____ / _____
初診日 _____ 日 / _____ 月 / _____ 年 _____ 日 / _____ 月 / _____ 年

4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日

5. Type of Treatment
治療の分類
□ Hospitalization: From _____ / _____ / _____, to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ 日 / _____ 月 / _____ 年, 至 _____ 日 / _____ 月 / _____ 年 (_____ 日間)
□ Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____
入院外 _____ 日 / _____ 月 / _____ 年

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 _____

翻訳 (様式Aの続紙)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者の記入欄	
名前	
住所	電話

Form 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) X-ray examination	X線検査費	\$ _____
(9) Medication	医薬費	\$ _____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	\$ _____ \$ _____
(13) Total	合計	\$ _____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.

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
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last _____ First _____ Title _____
姓 名 称号

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

Date : _____ Signature _____
日付 署名

翻訳 (様式Bの続紙)

(12) その他 (項目明記)

--

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	
住 所	電 話

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) RIGHT 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 LEFT	(Lower) RIGHT 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 LEFT 24 23 22 21 20 19 18 17	(Upper) RIGHT A B C D E F G H I J LEFT
		(Lower) RIGHT T E R O F LEFT O M M L R

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
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 合計					

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____
Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____
Office(病院または診療所) _____ Phone _____

Date(日付) _____

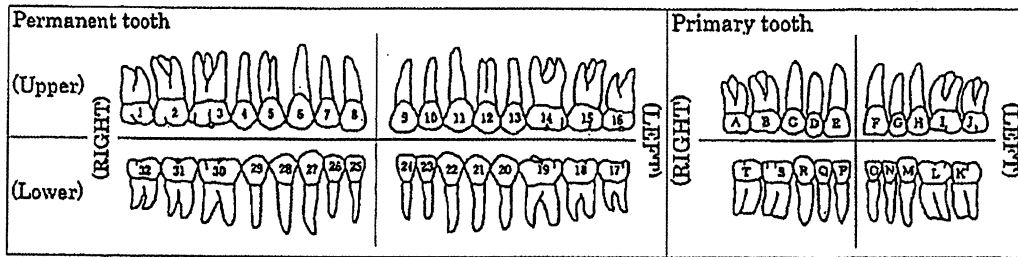
Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

電話

(別紙)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 _____年____月____日
・Starting date of medication Year_____ Month____ Day____

・患者
(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年____月____日

・Patient
(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year_____ Month____ Day____

セイコー健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____は、セイコー健康保険組合の職員又はセイコー健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをセイコー健康組合に提示することも併せて同意します。

To: Seiko health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Seiko health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____
(住所) _____
(日付) _____年____月____日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]
※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.