No.

※支給決議書														
支給年月日		令和　年　月　日								常務理事	事務局長	リーダー	担当者	
支給額														
支給内訳	法定													
	付加									備考	支給期間　日間			

（海外）被保険者 家族 療養費 支給申請書＜医科用＞

（提出上の注意）

(ア)この申請書の裏面は担当医に記入してもらって下さい。
(イ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書（本紙）を添付して下さい。なお、いずれの場合も、外国語で記載された場合は、その日本語訳文（翻訳者の住所・氏名を記載し、署名してください。その際、翻訳者は申請者本人でもかまいません）を添付してください。
(ウ)記入漏れがある場合、お返しすることもあります。
(エ)※印の欄は記入しないで下さい。
(オ)各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証 記号 番号		② 被保険者氏名	（生年月日　昭・平　年　月　日）	
		（ローマ字）		
③ 被保険者現住所	TEL　（　　）			
④ 事業所の名称		支店名又は所属部課		
⑤ 傷病名		⑥ 発病または負傷の年月日		
⑦ 発病または負傷の原因		入院、外来の別	□入院　□外来　□往診	
⑧ 診療を受けた病医院の	名称		国名	
⑨ 診療に従事した医師の	氏名			
⑩ 症状の概要				
⑪ 診療の内容				
⑫ 診療の期間及び診療日数	入院	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	⑬ 診療に要した費用の額	
	外来	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
⑭ 家族が療養をうけたときは、その者の	㋐ 氏名	1名のみ記入の事	㋑ 生年月日	昭・平・令　年　月　日 ㋒ 続柄
⑮ 第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	⑯ 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
			第三者の氏名と住所（不明のときはその旨）	

（委任状）

上記により支給される療養費の受領に関することを下記の者に委任します。

所在地
事業所
名称
事業主名称

（委任者氏名）

令和　年　月　日　記入

受付日付印

申請書記入例はこちら

https://jalkenpo.jp/pdf/2023_kinyu_ika.pdf

日本航空健康保険組合

(23. 06. 1,000)

※この診断書は医師に記入してもらって下さい。
本人等が記入・追記した場合、無効になります。ご注意下さい。

JAPAN AIR LINES
HEALTH INSURANCE ASSOCIATION

1. THIS FORM IS USED FOR CLAIMING THE SOCIAL INSURANCE BENEFIT.
この様式は社会保険の申請にご使用されます。
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・入院外毎にこの様式１枚が必要です。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診断書 ／ ITEMIZED RECEIPT 領収書

NAME OF PATIENT (LAST,FIRST) 患者氏名	AGE (DATE OF BIRTH) 年令（生年月日）	SEX 性別（男・女）☐ MALE ☐ FEMALE
Diagnosis 診断	Symptoms 症状	

PRESCRIPTION, OPERATION AND ANY OTHER TREATMENT (IN BRIEF) 処方、手術その他の処置の概要（診療の内容）

Description of Service 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Days of Service _____ days 診療日数 Office Visit 外来 Initial 初診 Date _____ , _____ Subsequent 再診 Date _____ , _____ _____ , _____ Home Visit 往診 Date _____ , _____		7. Hospital Visit 入院時医学管理	
		8. Hospitalization _____ days 入院診療 Admission 入院 Date _____ , _____ Discharge 退院 Date _____ , _____	
		9. Operation _____ 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 包交 _____	
2. Medication ☐ yes ☐ no 投薬 Pharmacy 薬剤			
3. ☐ Injection 注射 ☐ IV Treatment 点滴 Pharmacy 薬剤		10. Anesthesia 麻酔 ☐ Local 局部 ☐ Spinal 脊椎 ☐ General 全身	
		11. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室	
4. Laboratory (Specify) 検査		12. Radiology 画像診断 ☐ X-ray レントゲン診断 _____ ☐ Ultrasound 超音波検査 _____ ☐ Nuclear Scan 核医学診断 _____	
5. Physiotherapy 理学療法 _____		13. Other その他 _____	
6. Medical Supplies 医療器材			

NAME AND ADDRESS OF ATTENDING PHYSICIAN
担当医の氏名及び住所

NAME 氏名 : LAST 姓 FIRST 名

ADDRESS 住所 : OFFICE 病院又は診療所 PHONE 電話

DATE 日付 : SIGNATURE 署名

REFERENCE NUMBER OF YOUR MEDICAL RECORD (IF APPLICABLE) _____
診療録の番号

Total Fee 合計金額	
Paid By ☐ Cash ☐ Check # ☐	Amount Paid 支払い金額 Balance 不足金額