

1人につき、月ごと、病院ごと、入院と通院別に1枚必要です。

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	記入不要 (健保記入欄)			
		付加				
		支給期間	日間			

必ずお読みください。

(海外) 被保険者 療養費 支給申請書<医科用>

社員の名前、生年月日を記載してください。

(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説明書及び領収書(本紙)を添付して下さい。
 (ウ)署名してください。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、(ロ)※印の欄は記入しない)を添付してください。
 (エ)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 こ ろ	① 被保険者証等 記号・番号(※)	123 12345	② 被保険者氏名 (ローマ字)	大空 翼 OZORA TSUBASA (生年月日 昭平8年1月1日)	
	※ KOSMO-Web に掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照下さい				
	③ 被保険者 現住所	大田区羽田空港 1-1-1		TEL 03 (1234) 5678	
	④ 事業所の 名称	日本航空株式会社	支店名又は 所属部課	〇〇〇〇	
	⑤ 傷病名	風邪	⑥ 発病または 負傷の年月日	令和5年7月6日	
	⑦ 発病または 負傷の原因	旅行中に感染		入院、外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診	
	⑧ 診療を受けた 病院の名称	△△△ CLINIC	国名	米国	
	⑨ 診療に従事 した医師の 氏名	DR. Robert Smith			
	⑩ 症状の概要	発熱、咳			
	⑪ 診療の内容	診察、薬剤処方			
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	USD 450	
外来 令和 5 年 7 月 7 日から 令和 5 年 7 月 7 日まで	1 日間				
⑭ 家族が療養を 受けたときの 氏名	⑮ 1名のみ記入の事 大空 翔子	⑯ 生年 月日	昭平 〇 年 〇 月 〇 日	⑰ 続柄 妻	
⑱ 第三者行為に よって負傷した ものであるか 否か	ある <input checked="" type="radio"/>	⑲ 第三者行為 によって 負傷したと きは (不明のときはその旨)	⑳ その事実の届出の有無 ある・ない		

社員の住民票上の住所、海外在勤員は自宅の住所を記載してください。

出向者は出向先の事業所を記載してください。

訳文の書式は決っていません。訳文には翻訳者の「住所」「氏名」「署名」が必要です。

申請書記入例はこちら



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

記入不要
(事業所記入欄)

(委任者氏名)

日本航空健康保険組合

(24. 12)

社員本人の署名が必要です。
印鑑は必要ありません。

- 以下の内容を網羅していれば、病院が発行した別紙でも代用できます（コピー不可）。但し、規定により医師の署名は自署でなければなりません。
- この面に外国語（特に Diagnosis 診断、Symptoms 症状、PRESCRIPTION…（IN BRIEF）処方…（診療の内容）、Other その他）が記入されている場合は、別紙またはコピーでの日本語訳が必要です。
- この面の欄内に訳文を書き込むと無効になります。

※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。ご注意ください。

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。		JAPAN AIR LINES HEALTH INSURANCE ASSOCIATION	
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) 年齢 (生年月日)	SEX 性別 (男・女) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> 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		Description of Service 診療内容	
Fee 料金		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 Date _____ Discharge Date _____ 9. Operation _____ 手術	
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬 Pharmacy 薬剤		Fixation _____ 固定 Dressing _____ 包交	
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 注射 点滴 Pharmacy 薬剤		10. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> X-ray _____ レントゲン診断 <input type="checkbox"/> Ultrasound _____ 超音波検査 <input type="checkbox"/> Nuclear Scan _____ 核医学診断	
5. Physiotherapy 理学療法		13. Other 其他	
6. Medical Supplies 医療器材			
NAME AND ADDRESS OF ATTENDING PHYSICIAN 担当医の氏名及び住所		Total Fee 合計金額	
NAME 氏名 : LAST 姓 _____ FIRST 名 _____		Paid By <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check # _____	
ADDRESS 住所 : OFFICE 病院又は診療所 _____ PHONE 電話 _____		Amount Paid 支払い金額	
DATE 日付 : _____ SIGNATURE 署名 _____		Balance 不足金額	
REFERENCE NUMBER OF YOUR MEDICAL RECORD (IF APPLICABLE) 診療録の番号 _____			

日本語訳の記載漏れが多い箇所です。ご注意ください。

日本語訳の記載漏れが多い箇所です。ご注意ください。

日本語訳の記載漏れが多い箇所です。ご注意ください。

医師の署名はオンライン診療においても必要です。
(厚生労働省の指導による)