

※ 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						備考	支給期間 日間		
		付加									

(海外) 被保険者 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。
 (ロ)署名し、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)を添付してください。
 (ハ)記入漏れがある場合、お返しすることもあります。
 (ニ)※印の欄は記入しないで下さい。
 (ホ)各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要で、(ト)※印の欄は記入しないで下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証等 記号・番号(※)	-----					② 被保険者氏名 (ローマ字)	(生年月日 昭・平 年 月 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						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		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診		
	⑧ 診療を受けた 病院の 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	日間			⑬ 診療に 要した 費用の額				
		外来	令和 年 月 日から	日間							
	⑭ 家族が療養を うけたとき のその者の 氏名	⑦ 氏名	1名のみ記入の事				⑭ 生年 月日	昭・平・令 年 月 日	⑮ 続 柄		
	⑯ 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)					
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。						令和 年 月 日 記入					
(委任状) 所在地 事業所 名称 事業主名称 ----- (委任者氏名)						受付日付印					

申請書記入例はこちら



※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	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Days of Service _____ days 診療日数		7. Hospital Visit 入院時医学管理	_____
Office Visit 外来 Initial 初診 Date _____ , _____ Subsequent 再診 Date _____ , _____ Home Visit 往診 Date _____ , _____		8. Hospitalization _____ days 入院診療 Admission Date _____ , _____ 入院 Discharge Date _____ , _____ 退院	_____
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬 Pharmacy 薬剤		9. Operation _____ 手術 _____ 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 <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身	_____
4. Laboratory (Specify) 検査		11. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室	_____
5. Physiotherapy 理学療法 _____		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	_____
6. Medical Supplies 医療器材		13. Other その他 _____ _____ _____	_____

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 # _____ <input type="checkbox"/>
ADDRESS 住所 : OFFICE 病院又は診療所 _____ PHONE 電話 _____	
DATE 日付 : _____ SIGNATURE 署名 _____	Amount Paid 支払い金額
REFERENCE NUMBER OF YOUR MEDICAL RECORD (IF APPLICABLE) 診療録の番号 _____	Balance 不足金額