

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								
	付加									

記入不要
(健保記入欄)

必ずお読みください。

(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)

(イ)この申請書の裏面は担当医に記入してもらって下さい。

(ロ)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。

(ハ)署名してください。署名は、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、その日本語訳文を添付して下さい)を添付して下さい。

(ニ)記入漏れがある場合、お返しすることもあります。

(ホ)※印の欄は記入しないで下さい。

(ヘ)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 123 番号 12345	② 被保険者氏名 大空 翼 (生年月日 昭平8年1月1日) (ローマ字) OZORA TSUBASA
	③ 被保険者 被現住所 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 ☐ 入院 ☒ 外来 ☐ 往診
	⑧ 診療を受けた 病医院の名称 △△△ 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 入院 令和5年7月7日から 令和5年7月7日まで 1日間 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	⑬ 診療に要した 費用の額 USD 450
	⑭ 家族が療養を うけたときは、 その者の氏名 大空 翔子	⑮ 生年月日 昭平令〇年〇月〇日 ⑯ 続柄 妻
	⑰ 第三者行為に よって負傷した ものがあるか ある ☒ ない	⑱ 第三者行為 による負傷した ときは その事実の届出の有無 ある・ない
	⑲ 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	

記入不要
(事業所記入欄)

(委任状)

所在地
事業所
名称
事業主名称
(委任者氏名)

令和5年7月15日 記入
受付日付印

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

日本航空健康保険組合

(23. 06. 1,000)

社員の名前、生年月日を記載してください。

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。

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。ご注意下さい。

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。

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。

JAPAN AIR LINES
HEALTH INSURANCE ASSOCIATION

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) ☐ 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		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 入院 Date _____ , _____ Discharge 退院 Date _____ , _____	
2. Medication ☐ yes ☐ no 投薬 Pharmacy 薬剤		9. Operation _____ 手術	
3. ☐ Injection ☐ IV Treatment 注射 点滴 Pharmacy 薬剤		10. Anesthesia 麻酔 ☐ Local 局所 ☐ Spinal 脊椎 ☐ General 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 ☐ X-ray レントゲン診断 ☐ Ultrasound 超音波検査 ☐ Nuclear Scan 核医学診断	
6. Medical Supplies 医療器材		13. Other 其他	

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 ☐ Cash ☐ Check #	Amount Paid 支払い金額
ADDRESS 住所 : OFFICE 病院又は診療所 PHONE 電話			Balance 不足金額
DATE 日付 : SIGNATURE 署名			
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)