

說明

- 2 医師の一般診療に関する請求は診療報酬明細書および領収書を添付
- 1 コルセット等に関する請求は医師の意見書および装着証明書と領収書を添付

被保険者証の 記号・番号		—		被保険者（請求 者）の氏名	
請求者の現住所		〒 TEL() -			
被保険者の事業所の名称					
傷病名					
発病または 負傷の原因	ケガの場合	負傷の年月日		・ 工作中または通勤途上・第三者行為（交通事故等）によるもの ・ その他（ ） （負傷原因報告書： ・ 申請と同時に提出 ・ 提出済 ）	
		令和 年 月 日			
	病気の場合	発病の年月日		発病の原因 ・ 不詳 ・ その他（ ）	
		令和 年 月 日			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由		・ 装具（コルセット）装着のため ・ 保険証不携帯（理由： ） ・ その他（ ）			
傷病の経過および 診療の内容					
診療、手当を受けた医療機関名 住所及び担当医師名		医療機関名 住 所 担当医師名			
診療または 手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		診療又は手当 に要した金額	円
請求が被扶養者に関する 者であるときはその氏名		生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日		続柄

みづほ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 提出

委任状	委任者(請求者)		氏 名										受 付 印
	受 任 者		住 所 氏 名										
振込先	銀行・信用金庫 支店 普通預金 農協・信用組合 出張所 当座預金												
	銀行コード		店番号		口座番号						ふりがな 口座名義		

☐ マイナポータル等での事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は口に✓してください。利用しない場合は、
上記の欄を記入してください。注）口座情報の反映には数日を要します。また代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

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 filed 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。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A
様式 A

1 Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male ・ Female)

患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ ・ _____ 性別

2 Name of Illness or Injury preferably with number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 _____ (No. _____)

3 Date of first Diagnosis

初診日 _____ ・ _____

4 Days of Diagnosis and Treatment

診療日数 _____ days

5 Type of Treatment

治療の分類

☐ Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)

☐ 入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)

☐ Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ ・ _____ / _____ / _____

☐ 入院外 _____ / _____ / _____ ・ _____ / _____ / _____

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。

9 Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Fill in Form B

医療機関、または担当医に支払った医療の内訳 : 様式 B による

10 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 (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 _____

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 filed 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。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form B
様式 B

(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	診療費	\$
(7)	Operation	手術費	\$
(8)	Professional Nursing	職業看護師費	\$
(9)	X-Ray Examinations	X線検査費	\$
(10)	Laboratory Tests	諸検査費	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
(11)	Medicines	医薬費	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
(12)	Surgical Dressing	包帯費	\$
(13)	Anesthetics	麻酔費	\$
(14)	Operating room Charge	手術室費用	\$
(15)	The Others(Specify)	その他（特記せよ）	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
(16)	Total	合 計	\$

*Please fill in the Content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

**Please fill in the Name and the amount Of the prescription of an Individual medicine.

**処方した個々の薬の名称と量を記入してください

Unit is
通貨単位

Important:Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.

注意：特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

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 (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

様式 A 邦訳

2 傷病名及び健康保険適用国際疾病分類番号

6 症状の概要

7 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

様式 B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

(11) 医療費の内訳（薬の名称、量）

(12) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話