

被保険者
被扶養者 } 海外療養費請求書



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 番号		被保険者 氏名				
	事業所の 名 称			職 場				
	受 診 者	氏名		男 ・ 女	生年 月日	昭和 年 月 日 平成	被保険者 との続柄	
	傷 病 名				初 診 日	平成 年 月 日		
	診療内容 (診察, 投薬, 検査等)							
	傷病の経過							
	診療を受けた 医療機関等の 名称					診療を受けた 医療機関等の国名		
						診療に要した 費用の額		
						通貨単位		
	診療の期間	自 平成 年 月 日			日間	左の期間中に入院した 期間がありますか		ある ・ ない
至 平成 年 月 日			入院した期間が あるときはその 期間と日数	平成 年 月 日		日間	平成 年 月 日	
第三者の行為 によって負傷 したものであ るか否か	ある ・ ない	第三者の行為 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)					
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>平成 年 月 日 日 印</p> <p>住 所 被保険者の 氏 名</p> <p>YKK健康保険組合理事長 殿</p> <p>性別 (男 ・ 女) 生年月日 昭和 年 月 日</p>								

原則として経費口座(キャッシュレス口座)に振込みます。
ただし、資格喪失後で経費口座(キャッシュレス口座)がない場合は、
口座情報登録申請書を添付してください。

ご記入の際は裏面の注意書きを、よくお読みの上ご記入ください。
ご記入いただいた個人情報、療養費の振込みにものみ利用させていただきます。

受 付 印

記入要領

1. 被保険者の記入欄は必ず記入してください。
2. **診療報酬明細書**と医療機関の**領収書**を添付して請求してください。
3. 治療が数ヶ月に渡る場合でも、療養費請求書と診療内容明細書は必ず**月別**に提出して下さい。
4. 療養費は診療月の**2カ月後の月末日**(支給日が休日の場合はその前日)に支払われます。ただし、申請は随時受付けています。
5. この請求書は**毎月18日に締切**りますから当日までに健康保険組合へ提出してください。

[注] YKK健康保険組合では、総医療費が1万円を超える海外療養費については、専門知識をもった海外療養費事務代行会社に算定を依頼する事にしております。

YKK健康保険組合

〒938-8601
富山県黒部市吉田200
電話 (0765) 54 - 8650
FAX (0765) 57 - 0326

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 _____ Initial Visit (in this case) 当件の初診日 _____ _____ Subsequent Visit 再診 _____ _____ _____ Total 合計 _____ Visits 回		6 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room, Food, etc. 室料・食事療養 _____	
2 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		7 Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	
3 <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴		8 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 _____ <input type="checkbox"/> Blood 血液 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 _____ <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____		9 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____	
5 Physiotherapy 理学療法 _____ times 回		10 Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____ <input type="checkbox"/> CT コンピュータ断層撮影 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____	
		11 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書 _____	

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date
日付

Physician's Signature
医師の署名

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient
患者名 _____

Date of Birth
生年月日 _____

Sex
性別 M F
男 女

Date of Services
受診日 From _____ to _____

Total 合計 _____ Visits 回

Permanent Tooth 永久歯																Tooth Number 歯式												Milky Tooth 乳歯											
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J														
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E														
R								L								R						L																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E														
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K														

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____	8 Filling Amal. 1 surf. 充填 アマルガム	_____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 × レントゲン		_____	2 surf. _____		
Periapical 標準型 ×		_____	3 surf. _____		
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	Comp. 1 surf. 複合 レジン		
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	2 surf. _____		
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	3 surf. _____		
Fluoride フッ化物塗布		_____	9 Inlay / Onlay インレー・アムレー		
5 Root Planing スケーリング・ルートプレーニング		_____	10 Amal./ Comp. Build-up 充填物による支台築造		
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬		_____	Post & Core メタルコア		
Perio-operation 歯周外科手術		_____	11 Crown 冠		
6 Extraction 抜歯		_____	Porcelain/Gold ポセリン・金		
Other Operation その他の手術		_____	Silver Alloy 銀合金		
7 Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Other その他		
Pulpotomy 歯髄切断		_____	12 Bridge Work ブリッジ		
Root Canal Therapy 根管治療		_____	Abutment 支台歯		
1 canal _____		_____	Pontic ポンティック		
2 canal _____		_____	13 Denture 有床義歯		
3 canal _____		_____	Repair 義歯修理		
根管		_____	14 Other (specify) その他 _____		
			Medical Certificate 診断書		

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date
日付 _____

Dentist's Signature
医師の署名 _____