

健保組合記入欄	本人	療 養 費	円 × 〇. = (小数点未満切捨)
	家族	第二家族療養費	円 × 〇. =
	本人	一部負担還元金	円 - -20,000 = (千円未満切捨)
	家族	家族療養付加金	円 - -20,000 =
	支給額	円	
	給付歴	なし・あり(年 月 日装着)	
申請区分	☐ 治療用装具 ☐ 弱視用眼鏡・コンタクト ☐ 弾性着衣 ☐ 保険証不携帯 ☐ 資格喪失後受診 ☐ 海外療養費		

支給支払決議書			
担 当	G 長	事務長	常務理事
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

☐ 被保険者 ☐ 家族

療養費支給申請書

※ ☐に申請対象者(受診者)のチェックをしてください

受付印

(注意事項)
・領収書一枚ごとに申請が必要となります。
・黒のボールペンで記入してください。
・添付書類は、裏面の療養費の申請をされる方へをご注意ください。

被 保 険 者 証			自宅電話 番 号	— —
記 号	番 号	被保険者 氏名	所属電話 番 号	— — 内線()
		⑩		
被保険者住所	〒 —			
受 診 者	氏 名	続柄 ()	受 診 者 生年月日	()歳 (和暦) 年 月 日
傷 病 名			発病又は 負傷年月日	(和暦) 年 月 日
発病・負傷の 直接の原因 (どこで・どのように)	※詳しく記入をお願いします。 原因が判断できない場合は「不詳」と記入してください。		コルセット等 装着日 (弱視用眼鏡 は領収日)	(和暦) 年 月 日
			療養に 要した費用 (領収書金額)	円
診療又は手当の内容 ・作製、装着など		診療又は 手当を受けた 期間	※保険証不携帯の場合のみ記入 (和暦) 年 月 日から 日間 (和暦) 年 月 日まで	
障がい者手帳は お持ちですか？	・ いいえ ・ はい ⇒ 【療養費申請の際に】 障がい者手帳のコピーも添付してください。			
交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？	・ いいえ ・ はい ⇒ 【療養費の申請前に】 トヨタ車体健康保険組合まで一度ご連絡ください。			
被保険者名義の 給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振込みます)			

【提出方法】 本人記入申請書＋添付書類 → 健保提出

【送付先・問い合わせ先】

トヨタ車体健康保険組合 外線：(0566)-36-3927 内線：(81)-2755

【郵便】〒448-0002 愛知県刈谷市一里山町金山100番地 【社内便】ウェルプラザ・健保宛て

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

様式A(医科)

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

From 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(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer the table attached to this form).
傷病名及び社会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 : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ (_____ day)
入院 自 至 (日間)
☐ Outpatient or Home Visit _____, _____ to _____, _____ (_____ day)
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。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 Last 姓 First 名 Title 称号
Address 住所 Home 自宅 Phone 電話
Office 病院又は診療所 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

診療内容明細書（海外分）翻訳

様式A(医科)
日本語訳

1. 患者名： 生年月日： 年 月 日 性別：男・女
2. 傷病名：
社会保険用国際疾病分類番号：
3. 初診日： 年 月 日
4. 診療日数： 日
5. 治療の分類
入院： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
入院外： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 : いいえ

9. 治療実費：様式B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前：姓 _____ 名 _____
住所： _____
電話： _____

11. 翻訳者の名前及び住所

名前： _____
住所： _____
電話： _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎に付この様式 1 枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Itemized Receipt

領収明細書

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	診察費	\$	
(7)	Operation	手術費	\$	
(8)	Professional Nursing	職業看護婦費	\$	
(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)	Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15)	Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
			\$	\$
				Unit is
(16)	Total	合 計	\$	貨幣単位

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

注 意：高級室科等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic.

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所 : Home 自宅	Phone 電話	
Office 病院又は診療所	Phone 電話	

Date 日付

Signature 署名

領収明細書（海外分） 翻訳

様式B
日本語訳

- | | | |
|---------------|-------|-------|
| 1. 初 診 料 : | _____ | |
| 2. 再 診 料 : | _____ | |
| 3. 往 診 料 : | _____ | |
| 4. 入院管理料: | _____ | |
| 5. 入 院 費 : | _____ | |
| 6. 診 察 費 : | _____ | |
| 7. 診 察 費 : | _____ | |
| 8. 職業看護婦費: | _____ | |
| 9. X線検査費: | _____ | |
| 10. 諸 検 査 費 : | _____ | |
| 11. 医 薬 費 : | _____ | |
| 12. 包 帯 費 : | _____ | |
| 13. 麻 酔 費 : | _____ | |
| 14. 手術室費用: | _____ | |
| 15. そ の 他 | _____ | _____ |
| (特記せよ) | _____ | _____ |
| 16. 合 計 | _____ | _____ |

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

翻訳者の名前及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____