

診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号		保険者番号				組合員証の 発行機関							
組合員住所名前						公 務 上							
受給者住所名前		年 月 日生				公外 務	乗船中発病したもの 下船中発病したもの						
傷病名	①	初	年月日	当月 開始	年月日	診療 日数	日	終	年月日	転 帰			
	②	診	年月日		年月日		日	診	年月日	治 ゆ	繰 越	死 亡	転 医
臨床学 的所見						理化学 的所見							
診 療 の 内 容						摘 要							
項 目 内 容						経過及び診 療事実に関 する理由							
診察料	初	診				円							
	再	診				円							
投薬料	内 服	種	種類	日分		円							
		種	種類	日分		円							
	頸 外 服 用	種	種類	回調剤		円							
		種	種類	回調剤		円							
注射料	(皮)(筋)		回			円							
	(静)(動)		回			円							
	の別を記入		回			円							
処置料	処 置 名		回			円							
			回			円							
手術	手 術 名		回			円							
検査	検 査 名		回			円							
レント ン料	透 視		回			円							
他の	撮 影		回			円							
入院料	看					円							
	肺 食 自 至 (無) 寝	日 日	日間			円							
合 計						円							
領収済額						円							
上記のとおり領収しました。 様 年 月 日						医療機関名 及びその住所							

備考

- この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

診療報酬領収済明細書

組合員証 番号	保険者番号	組合員証の 発行機関
組合員住所名前	公務上	
療養者住所名前	年 月 日生	公外務 乗船中発病したもの 下船中発病したもの
部位及び傷病名	左 <u>00200000</u> <u>00000000</u> <u>05000000</u> <u>00000000</u> 右	転 帰 治ゆ 繰越 死亡 転医 中止 終 診 年 月 日
初診	年 月 日 当月開始	年 月 日 診療日数
項 目	内 訳	要 要
診察料	初 診 円	経過及び 診療に 関する 理由
投薬料	内 服 薬 種類 日分 円 種類 日分 円	
	頓 服 薬 種類 剤 円	
	外 用 薬 種類 剤 円	
注射料	皮膚 下 筋 肉 内 内 回 回 円 去 回 回 円 置 回 回 円 管 回 回 円 充 回 回 円	
処置料(硬)	ア マ ル ガ ム 歯 円 セメント 歯 円 金合金 ポスト 覆輪かどうか 歯 円 銀 義 歯 金 歯 円	
充填料	金 風 14K 特殊鋼 不銹 レスト 歯 円 コウ 有無	
インレ ー料	パラタ リンガ 特殊鋼 不銹鋼 歯 円 ルバー ルバー	
補 て つ 料	歯冠 冠 14K レジン 陶歯 歯 円 支台 冠 冠 銀 ア セ 歯 円 金 風 冠 金 金 パラ 銀合金 歯 円 その他	
	手術料	
	処置料(軟)	歯 石 除 去 回 円
レント ゲン その他	円	初診の診 察に要 した額 円
合計	円	
領収済 額	円	入院の 初日 年 月 日
上記のとおり領収しました。 年 月 日 様		医療機関名 及びその住所

備考

- この明細書は、歯科医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて調剤を受けた場合に用いる。

診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号			保険者番号			組合員証の 発行機関		
組 合 員 住 所 名 前							公務上	
療 養 者 住 所 名 前	年 月 日生						公務外	
負 傷 名						負傷の年月日	年 月 日	
						負傷の経過		
負傷の原因								
施 術 開 始 日	年 月 日		施術終了 年 月 日	年 月 日		転 帰	治ゆ、継続中止 転 医、中 止	
施術の種類	回数	1回の 料 金	加 算 料 金		施 術 料 金		施 術 を 行 っ た 間 期	
初 検 料		円	深 夜 時 間 外	円		円		月 日
往 療 料			夜間、難路、暴 風雨雪、距離				自 至 月 月 日 日	
整復固定処置 又は初回処置							月 日	
後 療 処 置								
電 法 料			回数	1 回 の 料 金				自 月 日
			回	円				至 月 日
そ の 他								
領 収 額	円		一 部 負 担 金		円		一 部 負 担 金 を 控 除 し た 額	円
上記のとおり領収しました。 様 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住 所 整復師 名 前 </div>								

- 「負傷の原因」欄は、具体的に詳しく書いてください。
- 標準回数を超過した場合にはその事由を書いてください。
- 「一部負担金を控除した額」欄は、領収額（施術に要した費用の額）から一部負担金を差し引いた額を記入してください。

備考

- この明細書は、整復師から施術を受けた場合に用いる。

＜組合員証等が使用できなかった場合等（海外受診用）添付書類＞

1. This form is used for claiming the social insurance benefit
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic
この様式は担当医が書き、かつ、署名してください。
3. One form for each month, One form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式1枚が必要です。
- Form B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

(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) The Others (Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.
注 意 : 高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last _____ First _____ Title _____
名前 姓 名

Address : Home 自宅 _____ Phone _____
住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date : _____ Signature _____
日付 署名

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
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、署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

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 Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : _____ , _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ , _____ to _____ (days)
入院 日 至 (日間)
 Out patient 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
9. 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
10. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B
11. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone _____
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 _____

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year_____ Month____Day_____

・患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年____月____日

・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year_____ Month____Day_____

広島県市町村職員共済組合 御中

私（療養を受けた者） _____は、広島県市町村職員共済組合の職員又は広島県市町村職員共済組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを広島県市町村職員共済組合に提示することも併せて同意します。

To: Union of Municipal Personnel Mutual Aid Association of HIROSHIMA prefecture

I(patient who has received treatment) authorize Union of Municipal Personnel Mutual Aid Association of HIROSHIMA prefecture or its staff ,and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment,place,and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also,I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(名前) _____

(住所) _____

(日付) _____年____月____日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 その他 [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____ Month_____ Day_____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.