

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・被保険者（患者）

（被保険者名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____ 年 ____ 月 ____ 日

大阪府食品国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、 _____ と、私の世帯主、 _____ は、貴組合の職員あるいは、貴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、パスポートを貴組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

（氏名） _____ 印

（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。

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頂くことがあります。

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 National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号
3. Date of First Diagnosis : D / M / Y / /
初診月 日 / 月 / 年 / /
4. Duration of Treatment d a y s
診療日数 日
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From / / , to / / (days)
入院 自 / / 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
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 : Form B
治療実費 様式B
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 _____

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) X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9) Medication	医薬費	\$	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$ _____
(13) Total	合 計	\$	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係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	:	Last	_____	First	_____	Title	_____
名前		姓		名		称号	

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

Date	_____	Signature	_____
日付		署名	