

To The Gibraltar Health Insurance Association

ジブラルタ健康保険組合 行

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、かつ署名して下さい
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of patient (Last,First)	患者名	
	Age (Date of Birth)	年齢 (生年月日)	( , , )
	Sex (Male・Female)	性別 (男・女)	
2.	Name of Illness	傷病名	
3.	Date of First Diagnosis	初診日	, ,
4.	Days of Diagnosis and Treatment	診療日数	days
5.	Type of Treatment <input type="checkbox"/> Hospitalization : From ,to ( days)	治療の分類 入院: 自,至(日間)	<input type="checkbox"/> , , ~ ( days)
	<input type="checkbox"/> Out patient or Home Visit	入院外	<input type="checkbox"/> , ,
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 ?	治療は事故の傷害 によるものですか	Yes <input type="checkbox"/> ・ No <input type="checkbox"/> はい ・ いいえ
9.	Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending Physician :	治療実費	
10.	Name and Address of Attending Physician Name, Last , First	担当医の名前及び 住所	
	Home : Address, Phone	自宅:住所,電話	( )
	Office : Phone, Phone	病院:住所,電話	( )

Date	日付	, ,
Attending Physician : Signature	担当医:署名	
Reference Number of your Medical Record (if applicable)	診療録の番号	

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF：大槻事務所  
CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PG ビジネスサービス  
・GIB 労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



Form B  
 様式 B

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、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, One form for hospitalization / outpatient and me visit.  
 各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

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 (特記事項)	
(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	
Home: Address, Phone	自宅: 住所, 電話	
Office: Address, Phone	病院: 住所, 電話	
Date :	日付	
Signature ;	署名	

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合  
 GIB・PGF : 大槻事務所  
 CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PG ビジネスサービス  
 ・GIB 労働組合 : 各事業主の健康保険担当  
 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



## 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

ジブラルタ健康保険組合が、海外療養費支給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、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。

### 記

・療養期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

#### ●療養を受けた者の署名欄

署名日：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

健康保険 記 号 — 番 号：\_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

療養を受けた者の氏名（自署）：\_\_\_\_\_

被 保 険 者 と の 続 柄：\_\_\_\_\_ 本人 ・ 被扶養者（続柄：\_\_\_\_\_）  
（該当する方を○で囲んでください）

住 所：\_\_\_\_\_

生 年 月 日：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

#### ●被保険者署名欄（療養を受けた者が被保険者の場合は省略可）

署名日：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

被保険者氏名：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

生 年 月 日：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

以上

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合  
GIB・PGF：大槻事務所  
CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PG ビジネスサービス  
・GIB 労働組合：各事業主の健康保険担当  
※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



健-14 ③ (2025.12)  
ジブラルタ健康保険組合