

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)	年令 (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	治療の分類	
	<input type="checkbox"/> Hospitalization : From ,to (days)	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	

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	

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

記 号 ー 番 号： ー

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