

|            |       |       |   |   |   |
|------------|-------|-------|---|---|---|
| 健康保険組合の記入欄 | 資格取得日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
|            | 資格喪失日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
|            | 扶養認定日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
|            | 算出基礎  | ×     |   |   |   |
|            | 支給額   | 円     |   |   |   |
|            | 支払年月日 | 令和    | 年 | 月 | 日 |

| 支給支払決議書 |     |      |      |      |
|---------|-----|------|------|------|
| 常務理事    | 事務長 | 経理担当 | 経理担当 | 給付担当 |
|         |     |      |      |      |
| 備考      |     |      |      |      |
|         |     |      |      |      |



- ☐ [1] 被保険者(本人)
- ☐ 被扶養者(家族)

海外療養費支給申請書

(各医療機関ごと・診療月ごとに1部必要です)

|                                    |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                   |    |               |                  |                                  |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|------------------|----------------------------------|-------------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者が記入するところへ各医療機関ごと・診療月ごとに申請が必要です | [2]被保険者証の記号・番号                                                                                                                            | 記号                                                                                                                                                                                                | 番号 | [3]在籍している事業所名 |                  |                                  |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [4]被保険者の氏名                                                                                                                                | 氏名                                                                                                                                                                                                |    |               | [5]生年月日          | 昭和<br>平成 年 月 日                   |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [6]扶養家族の申請の場合                                                                                                                             | 氏名                                                                                                                                                                                                |    |               | [7]生年月日          | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日             |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [8]傷病名                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |    |               | [9]発病・負傷の年月日     | 平成<br>令和 年 月 日                   |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [10]状況                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為<br><input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自宅、自分の不注意<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |               | [11]詳細           | (いつどこで何のために何をしていたか等を詳しく記載してください) |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | ※業務中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   |    |               |                  |                                  |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [12]診療を受けた医療機関の名称                                                                                                                         | (病院名もしくは薬局の名称)                                                                                                                                                                                    |    |               |                  | [13]国名                           |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [14]診療を受けた期間・日数                                                                                                                           | 平成<br>令和 年 月 日 から                                                                                                                                                                                 |    |               | 日数               | [15]入院していた場合はその期間                |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |                                                                                                                                           | 平成<br>令和 年 月 日 まで                                                                                                                                                                                 |    |               | 日間               | 平成<br>令和 年 月 日 から<br>年 月 日 まで 日間 |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | [16]治療の内容                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |    |               |                  | [17]診療で支払った金額                    | 通貨単位<br>[ ] |      |  |  |  |  |  |  |  |
| [18]帰国について                         | <input type="checkbox"/> 日本に帰国予定あり・帰国済み      渡航期間: 年 月 日 から 年 月 日 まで<br>海外に滞在した理由 [ ]<br><input type="checkbox"/> 帰国予定なし      海外在住の理由 [ ] |                                                                                                                                                                                                   |    |               |                  |                                  |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
| [19]被保険者名義の振込先                     | 銀行 信組      本店<br>金庫 農協      支店<br>※ゆうちょ不可      出張所                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |    |               | (フリガナ)<br>(口座名義) |                                  |             |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    | 預金種別                                                                                                                                      | 普通                                                                                                                                                                                                | 当座 | 支店コード         |                  |                                  |             | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 円 -

住所  
被保険者 氏名  
TEL

印

ひかり健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

- 月をまたがって受診した場合も、1ヶ月単位で作成してください。(医師が記入する「診療内容明細書」「領収明細書」も同様です)
- 提出された領収書等の返却はいたしません。あらかじめコピーの保管をして提出してください。
- 病気の治療を目的としない、予防医療や健康診断は支給対象になりません。
- 国内においてその治療を保険診療で受けた場合の額と比較して算定するため、海外で立て替えた額の全額が支給されるわけではありません。

> 必要添付書類は、次ページを確認してください。

必要添付書類（①～③は次ページに用紙があります）

添付書類

- ① 領収明細書、邦訳  
② 診療内容明細書(内科・調剤用)、邦訳  
③ 診療内容明細書(歯科用)、邦訳  
④ 海外の医療機関に全額治療費を支払った領収書(原本)  
⑤ パスポートやビザ、航空チケットなどの写し  
(氏名と渡航した期間が確認できる書類)  
※領収明細書、診療内容明細書は担当医より証明を受けてください。

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。  
● 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。

例) 〒 × × × × ~~0000~~ <sup>△△△△</sup> **光**

[1]療養を受けた対象者を選択してください。

- [1] ☒ 被保険者(本人)  
☐ 被扶養者(家族)

海外療養費支給申請書  
(各医療機関ごと・診療月ごとに1部必要です)

201905改定

[2]記号と番号  
[3]事業所名は保険証に記載されています。

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                   |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| [2]被保険者証の記号・番号                                   | 記号 1 番号 12345                                                                                                                                                                                                    | [3]在籍している事業所名                            | 株式会社●×通信          |
| [4]被保険者の氏名                                       | 光 太郎                                                                                                                                                                                                             | [5]生年月日                                  | 昭和 54 年 10 月 31 日 |
| [6]扶養家族の申請の場合                                    | 氏名                                                                                                                                                                                                               | [7]生年月日                                  | 昭和 平成 令和 年 月 日    |
| [8]傷病名                                           | 気管支炎                                                                                                                                                                                                             | [9]発病・負傷の年月日                             | 平成 令和 1 年 5 月 2 日 |
| [10]状況                                           | <input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為<br><input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自宅、自分の不注意<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 (原因は不明) | [11]詳細 (いつどこで何のために何をしていたかなどを詳しく記載してください) |                   |
| ※業務中、通勤途中、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください |                                                                                                                                                                                                                  | 滞在先のホテルで就寝時に発熱及び咳が止まらなくなったため             |                   |

[6][7]は、対象者が被扶養者(家族)の場合、記入してください。

[14]診療を受けた月ごとに記入してください。

月がまたがる場合も申請書・添付書類は月ごとに内容が分かるように分けてご用意ください。

[16]治療の内容は詳しく記入してください。

|                   |                                                                                                                                                                          |         |                                                       |                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|--------------------|
| [12]診療を受けた医療機関の名称 | △△△CLINIC                                                                                                                                                                |         | [13]国名                                                | 中国                 |
| [14]診療を受けた期間・日数   | 平成 令和 1 年 5 月 2 日 から 平成 令和 1 年 5 月 8 日 まで                                                                                                                                | 日数 2 日間 | [15]入院していた場合はその期間<br>平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで 日間 |                    |
| [16]治療の内容         | 5月1日に38.5℃の発熱があったため翌日病院を受診。処方された薬を飲んだが症状が良くならず、再度診療を受けた。                                                                                                                 |         | [17]診療で支払った金額                                         | 200 通貨単位 [ 中華人民元 ] |
| [18]帰国について        | <input checked="" type="checkbox"/> 日本に帰国予定あり・帰国済み 渡航期間: 平成31 年 4 月 15 日 から 令和1 年 5 月 20 日 まで<br>海外に滞在した理由 [ 仕事で海外出張のため ]<br><input type="checkbox"/> 帰国予定なし 海外在住の理由 [ ] |         |                                                       |                    |
| [19]被保険者名義の振込先    | 銀行 信組 本店 (フリガナ) ヒカリ タロウ<br>金庫 農協 支店 (口座名義) 光 太郎<br>※ゆうちょ不可 出張所<br>預金種別 普通 当座 支店コード 1 2 3 口座番号 9 8 7 6 5 4 3                                                              |         |                                                       |                    |

上記のとおり申請します。

令和 1 年 5 月 25 日 〒 000 - 0000

住所 東京都豊島区〇〇町×××-△△

被保険者 氏名 光 太郎 印鑑 光

TEL 090 - 0000 - ××××

ひかり健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

- 月をまたがって受診した場合も、1ヶ月単位で作成してください。(医師が記入する「診療内容明細書」「領収明細書」も同様です)  
● 提出された領収書等の返却はいたしません。あらかじめコピーの保管をして提出してください。  
● 病気の治療を目的としない、予防医療や健康診断は支給対象になりません。  
● 国内においてその治療を保険診療で受けた場合の額と比較して算定するため、海外で立て替えた額の全額が支給されるわけではありません。

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

Form 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

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康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

診療日数      days

5. Type of Treatment

治療の分類

☐ Hospitalization      From      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      自      /      /      至      /      /      (      日間)

☐ Outpatient 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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name      Last(姓)      First(名)      Title(称号)

Address      Home(自宅)      Phone(電話)

Office(病院または診療所)      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

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

⑩

\_\_\_\_\_

電話

\_\_\_\_\_

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
健康保険用国際疾病分類表

|      |                                                                                          |      |                                                                                                                             |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I    | Certain infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症                                   | III  | Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism<br>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害 |
| 0101 | Intestinal infectious diseases<br>腸管感染症                                                  | 0301 | Anaemias<br>貧血                                                                                                              |
| 0102 | Tuberculosis<br>結核                                                                       | 0302 | Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism<br>その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害  |
| 0103 | Infections with a predominantly sexual mode of transmission<br>主として性的伝播様式をとる感染症          | IV   | Endocrine, nutritional and metabolic diseases<br>内分泌、栄養及び代謝疾患                                                               |
| 0104 | Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions<br>皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患 | 0401 | Disorders of thyroid gland<br>甲状腺障害                                                                                         |
| 0105 | Viral hepatitis<br>ウィルス肝炎                                                                | 0402 | Diabetes mellitus<br>糖尿病                                                                                                    |
| 0106 | Other viral diseases<br>その他のウィルス疾患                                                       | 0403 | Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism<br>その他の内分泌、栄養及び代謝疾患                                                   |
| 0107 | Mycoses<br>真菌症                                                                           | V    | Mental and behavioural disorders<br>精神及び行動の障害                                                                               |
| 0108 | Sequelae of infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症の続発・後遺症                        | 0501 | Vascular dementia and Unspecified dementia<br>血管性及び詳細不明の痴呆                                                                  |
| 0109 | Other infectious and parasitic diseases<br>その他の感染症及び寄生虫症                                 | 0502 | Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use<br>精神作用物質使用による精神及び行動の障害                                  |
| II   | Neoplasms<br>新生物                                                                         | 0503 | Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders<br>統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害                                                |
| 0201 | Malignant neoplasm of stomach<br>胃の悪性新生物                                                 | 0504 | Mood [affective] disorders<br>気分[感情]障害(躁うつ病を含む)                                                                             |
| 0202 | Malignant neoplasm of colon<br>結腸の悪性新生物                                                  | 0505 | Neurotic, stress-related and somatoform disorders<br>神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害                                               |
| 0203 | Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum<br>直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物            | 0506 | Mental retardation<br>知的障害(精神遅滞)                                                                                            |
| 0204 | Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts<br>肝及び肝内胆管の悪性新生物                 | 0507 | Other psychoses and disorders of action<br>その他の精神及び行動の障害                                                                    |
| 0205 | Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung<br>気管、気管支及び肺の悪性新生物                      | VI   | Diseases of the nervous system<br>神経系の疾患                                                                                    |
| 0206 | Malignant neoplasm of breast<br>乳房の悪性新生物                                                 | 0601 | Parkinson's disease<br>パーキンソン病                                                                                              |
| 0207 | Malignant neoplasm of uterus<br>子宮の悪性新生物                                                 | 0602 | Alzheimer's disease<br>アルツハイマー病                                                                                             |
| 0208 | Malignant Lymphoma<br>悪性リンパ腫                                                             | 0603 | Epilepsy<br>てんかん                                                                                                            |
| 0209 | Leukaemia<br>白血病                                                                         | 0604 | Cerebral palsy and other paralytic syndromes<br>脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群                                                            |
| 0210 | Other Malignant neoplasms<br>その他の悪性新生物                                                   | 0605 | Disorders of autonomic nervous system<br>自律神経系の障害                                                                           |
| 0211 | Other benign neoplasms and other neoplasms<br>良性新生物及びその他の新生物                             | 0606 | Others<br>その他の神経系の疾患                                                                                                        |

|      |                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------|
| VII  | Diseases of the eye and adnexa<br>眼及び付属器の疾患                            |
| 0701 | Conjunctivitis<br>結膜炎                                                  |
| 0702 | Cataract<br>白内障                                                        |
| 0703 | Disorders of refraction and accommodation<br>屈折及び調節の障害                 |
| 0704 | Other diseases of the eye and adnexa<br>その他の眼及び付属器の疾患                  |
| VIII | Diseases of the ear and mastoid process<br>耳及び乳様突起の疾患                  |
| 0801 | Otitis externa<br>外耳炎                                                  |
| 0802 | Other disorders of external ear<br>その他の外耳疾患                            |
| 0803 | Otitis media<br>中耳炎                                                    |
| 0804 | Other diseases of middle ear and mastoid<br>その他の中耳及び乳様突起の疾患            |
| 0805 | Disorders of vestibular function<br>メニエール病                             |
| 0806 | Other diseases of inner ear<br>その他の内耳疾患                                |
| 0807 | Other disorders of ear<br>その他の耳疾患                                      |
| IX   | Diseases of the circulatory system<br>循環器系の疾患                          |
| 0901 | Hypertensive diseases<br>高血圧性の疾患                                       |
| 0902 | Ischaemic heart diseases<br>虚血性心疾患                                     |
| 0903 | Other forms of heart disease<br>その他の心疾患                                |
| 0904 | Subarachnoid hemorrhage<br>くも膜下出血                                      |
| 0905 | Intracerebral hemorrhage<br>脳内出血                                       |
| 0906 | Occlusion of precerebral and Cerebral arteries<br>脳梗塞                  |
| 0907 | Cerebral arteriosclerosis<br>脳動脈硬化(症)                                  |
| 0908 | Other cerebrovascular diseases<br>その他の脳血管疾患                            |
| 0909 | Atherosclerosis<br>動脈硬化(症)                                             |
| 0910 | Haemorrhoids<br>痔核                                                     |
| 0911 | Hypotension<br>低血圧症                                                    |
| 0912 | Other disorders of circulatory system<br>その他の循環器系の疾患                   |
| X    | Diseases of the respiratory system<br>呼吸器系の疾患                          |
| 1001 | Acute nasopharyngitis [common cold]<br>急性鼻咽頭炎 [かぜ](感冒)                 |
| 1002 | Acute pharyngitis and tonsillitis<br>急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎                     |
| 1003 | Other acute upper respiratory infections<br>その他の急性上気道感染症               |
| 1004 | Pneumonia<br>肺炎                                                        |
| 1005 | Acute bronchitis and bronchiolitis<br>急性気管支炎及び急性細気管支炎                  |
| 1006 | Vasomotor and allergic rhinitis<br>アレルギー性鼻炎                            |
| 1007 | Chronic sinusitis<br>慢性副鼻腔炎                                            |
| 1008 | Bronchitis, not specified as acute or chronic<br>急性又は慢性と明示されない気管支炎     |
| 1009 | Chronic obstructive pulmonary diseases<br>慢性閉塞性肺疾患                     |
| 1010 | Asthma<br>喘息                                                           |
| 1011 | Other diseases of respiratory system<br>その他の呼吸器系の疾患                    |
| X I  | Diseases of the digestive system<br>消化器系の疾患                            |
| 1101 | Dental caries<br>う蝕                                                    |
| 1102 | Gingivitis and periodontal diseases<br>歯肉炎及び歯周疾患                       |
| 1103 | Other disorders of teeth and supporting structures<br>その他の歯及び歯の支持組織の障害 |
| 1104 | Gastric and duodenal ulcer<br>胃潰瘍及び十二指腸潰瘍                              |
| 1105 | Gastritis and duodenitis<br>胃炎及び十二指腸炎                                  |
| 1106 | Alcoholic liver disease<br>アルコール性肝疾患                                   |
| 1107 | Chronic hepatitis, not elsewhere classified<br>慢性肝炎(アルコール性のものを除く)      |
| 1108 | Liver cirrhosis<br>肝硬変(アルコール性のものを除く)                                   |
| 1109 | Other disorders of liver<br>その他の肝疾患                                    |
| 1110 | Cholelithiasis and cholecystitis<br>胆石症及び胆のう炎                          |
| 1111 | Diseases of pancreas<br>膵疾患                                            |
| 1112 | Other diseases of digestive system<br>その他の消化器系の疾患                      |

X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema  
皮膚及び湿疹

1203 Others  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue  
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis  
関節症

1303 Spondylopathies  
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders  
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome  
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び坐骨神経痛

1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions  
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

X IV Diseases of the genitourinary system  
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure  
腎不全

1403 Urolithiasis  
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system  
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery  
単胎自然分娩

1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく

X VI Certain conditions originating in the perinatal period  
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others  
その他の周産期に発生した病態

X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities  
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天奇形

1702 Others  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

X VIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified  
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified  
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes  
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture  
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage  
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions  
熱湯及び腐食

1904 Poisoning  
中毒

1905 Others  
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.  
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

# Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

## 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 師       | 費 \$ |                                                                                          |
| (9) X-Ray Examinations             | X 線 検 査         | 費 \$ |                                                                                          |
| (10) Laboratory Tests*             | 諸 検 査           | 費    |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   | * Please fill in the content of the Laboratory Tests.                                    |
|                                    |                 | \$   | *諸検査の内容を記入してください。                                                                        |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
| (11) Medicines**                   | 医 薬             | 費    |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   | ** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. |
|                                    |                 | \$   | **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。                                                                |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
| (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 せ よ) |      |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
|                                    |                 | \$   |                                                                                          |
| (16) Total                         | 合 計             | \$   | Unit is 通貨単位                                                                             |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.  
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

### Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

|          |                  |           |           |
|----------|------------------|-----------|-----------|
| Name     | Last(姓)          | First(名)  | Title(称号) |
| Address  | Home(自宅)         | Phone(電話) |           |
|          | Office(病院または診療所) | 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

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

---

氏名

㊞

---

電話

---

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.

この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C

様式C

## Attending Dentist's Statement

## 歯科診療内容明細書

|                                               |         |                                                       |               |                                 |  |
|-----------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------|--|
| 1. Name of Patient (Last, First)<br>患者名 _____ |         | Age (Date of birth)<br>年齢(生年月日) _____                 |               | Sex (Male · Female)<br>性別 _____ |  |
| 2. Date of first Diagnosis<br>初診日 _____       |         | 3. Days of Diagnosis and Treatment<br>診療日数 _____ days |               |                                 |  |
| Permanent tooth                               |         |                                                       | Primary tooth |                                 |  |
| (Upper)                                       | (RIGHT) | (LEFT)                                                | (RIGHT)       | (LEFT)                          |  |
| (Lower)                                       | (RIGHT) | (LEFT)                                                | (RIGHT)       | (LEFT)                          |  |

## Type of Treatment 治療の分類

| Dental Treatment<br>歯科治療                   | Localization of Teeth Examined<br>患歯部位 | Date |     |     | Fee<br>治療費 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|------|-----|-----|------------|
|                                            |                                        | MO.  | DA. | YR. |            |
| Initial Office Visit 初診料                   |                                        |      |     |     |            |
| X-Ray Examination レントゲン検査                  |                                        |      |     |     |            |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄                 |                                        |      |     |     |            |
| Operation 手術                               |                                        |      |     |     |            |
| Extraction 抜歯                              |                                        |      |     |     |            |
| Filling 充填                                 |                                        |      |     |     |            |
| Inlay インレー                                 |                                        |      |     |     |            |
| Metal Crown 金属冠                            |                                        |      |     |     |            |
| Post Crown 継続歯                             |                                        |      |     |     |            |
| Jacket Crown ジャケット冠                        |                                        |      |     |     |            |
| Bridge Work ブリッジ                           |                                        |      |     |     |            |
| Plate Denture 有床義歯                         |                                        |      |     |     |            |
| Partial Denture 局部義歯                       |                                        |      |     |     |            |
| Complete Denture 総義歯                       |                                        |      |     |     |            |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris<br>歯槽膿漏処置 |                                        |      |     |     |            |
| Medicine 投薬                                |                                        |      |     |     |            |
| The Others その他                             |                                        |      |     |     |            |
| Total 合計                                   |                                        |      |     |     |            |

## Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

様式C 邦訳

| Permanent tooth |  | Primary tooth |  |
|-----------------|--|---------------|--|
| (Upper)         |  |               |  |
| (Lower)         |  |               |  |

治療の分類

| 歯科治療                | 患歯部位 | 日付 |   |   | 治療費 |
|---------------------|------|----|---|---|-----|
|                     |      | 月  | 日 | 年 |     |
| 初診料                 |      |    |   |   |     |
| レントゲン検査             |      |    |   |   |     |
| 抜髄                  |      |    |   |   |     |
| 手術                  |      |    |   |   |     |
| 抜歯                  |      |    |   |   |     |
| 充填                  |      |    |   |   |     |
| インレー                |      |    |   |   |     |
| 金属冠                 |      |    |   |   |     |
| 継続歯                 |      |    |   |   |     |
| ジャケット冠              |      |    |   |   |     |
| ブリッジ                |      |    |   |   |     |
| 有床義歯<br>局部義歯<br>総義歯 |      |    |   |   |     |
| 歯槽膿漏処置              |      |    |   |   |     |
| 投薬                  |      |    |   |   |     |
| その他                 |      |    |   |   |     |
| 合計                  |      |    |   |   |     |

翻訳者

住所

氏名

印

電話