

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

立替払・治療用装具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	事業所名称	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	氏名	被保険者との関係()

申請内容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	続柄()	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因			
		経過			
	診療を受けた病院等	名称			
		所在地	診療した医師の氏名		
	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日数 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日数 日)		
	療養に要した費用	円	診療の内容		
療養の給付を受けることができなかった理由					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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。

1. Name of Patient (Last , First) 患者名 _____
Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____ Sex 性別 Male 男 · Female 女
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 入院 From _____ to _____ (_____ days)
- Out patient or Home Visit 入院外 Month 月 : _____ Year 年 : _____
- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Date 日付: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
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 はい · No いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳
▷ Fill in Form B 様式Bによる
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 _____
- Office Address 病院又は診療所の住所 _____
- Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____
- Date 日付 _____ Signature 署名 _____
- Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式A 翻訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No. _____)

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

(様式B)

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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。

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____

Country 国名 _____ Currency unit 通貨単位 _____

Item (項目)		Amount (金額)
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 (その他・特記) (Specify)	
Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.
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 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式B 翻訳

10. 諸検査費の内訳

11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

15. その他（特記事項）

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____
2. Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____ . _____ . _____ 3. Sex 性別 Male 男 ・ Female 女
4. Date of First Diagnosis 初診日 _____ . _____ . _____ 5. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days
6. Name of Illness 傷病名 Dental Caries う蝕症 Missing Teeth 欠損 Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏
 The Others その他 (_____)

7. Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯									primary teeth 乳歯																				
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	

8. Type of Treatment 治療の分類 (Currency unit 通貨単位 _____)

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Initial Office Visit (初診料)			
X-Ray Examination (レントゲン検査)			
Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
Extraction (拔牙)			
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 (歯槽膿漏処置)			
Medicines (投薬)			
The Others (その他)			
Total (合計)			

9. 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 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ . _____ . _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式C 翻訳

治療の分類

歯科治療	患歯部位	材 料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜 髄			
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			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投 薬			
その他			
合 計			

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication 年 Year 月 Month 日 Day _____

患者名 Name of Patient _____

住所 Address _____

生年月日 Date of birth 年 Year 月 Month 日 Day _____

関東百貨店 健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____ は、健康保険組合の職員又は健康保険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、パスポートを提示することも併せて同意します。

To: Kanto hyakkaten Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize health insurance society 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 Signature

署名は、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.

氏名 Signature _____

住所 Address _____

日付 Date 年 Year 月 Month 日 Day _____

患者との関係 Relation to the insured 本人 Self・親権者 Guardian・法定相続人 Heir・その他 Other () _____

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

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.

社会保険表章用国際疾病分類表

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

I 感染症及び寄生虫症

	Certain infectious and parasitic diseases
0101	腸管感染症 Intestinal infectious diseases
0102	結核 Tuberculosis
0103	主として性的伝播様式をとる感染症 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
0105	ウイルス肝炎 Viral hepatitis
0106	その他のウイルス疾患 Other viral diseases
0107	真菌症 Mycoses
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 Sequelae of infectious and parasitic diseases
0109	その他の感染症及び寄生虫症 Other infectious and parasitic diseases

II 新生物 Neoplasms

0201	胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach
0202	結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
0206	乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast
0207	子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus
0208	悪性リンパ腫 Malignant Lymphoma
0209	白血病 Leukaemia
0210	その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms
0211	良性新生物及びその他の新生物 Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
0301	貧血 Anaemias
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
0401	甲状腺障害 Disorders of thyroid gland
0402	糖尿病 Diabetes mellitus
0403	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の障害

	Mental and behavioural disorders
0501	血管性及び詳細不明の痴呆 Vascular dementia and Unspecified dementia

0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
0503	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0504	気分[感情]障害(躁うつ病を含む) Mood [affective] disorders
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
0506	精神遅滞 Mental retardation
0507	その他の精神及び行動の障害 Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の疾患 Diseases of the nervous system

0601	パーキンソン病 Parkinson's disease
0602	アルツハイマー病 Alzheimer's disease
0603	てんかん Epilepsy
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
0605	自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
0606	その他の神経系の疾患 Other diseases of the nervous system

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

0701	結膜炎 Conjunctivitis
0702	白内障 Cataract
0703	屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
0704	その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa

VIII 耳及び乳様突起の疾患

	Diseases of the ear and mastoid process
0801	外耳炎 Otitis externa
0802	その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
0803	中耳炎 Otitis media
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患 Other diseases of middle ear and mastoid
0805	メニエール病 Disorders of vestibular function
0806	その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear
0807	その他の耳疾患 Other disorders of ear

IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

0901	高血圧性疾患 Hypertensive diseases
0902	虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
0903	その他の心疾患 Other forms of heart disease
0904	くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
0905	脳内出血 Intracerebral hemorrhage
0906	脳梗塞 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries
0907	脳動脈硬化(症) Cerebral arteriosclerosis
0908	その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
0909	動脈硬化(症) Atherosclerosis
0910	痔核 Haemorrhoids
0911	低血圧(症) Hypotension
0912	その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

X 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system

1001	急性鼻咽頭炎[かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]
1002	急性咽喉炎及び急性扁桃炎 Acute pharyngitis and tonsillitis
1003	その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections
1004	肺炎 Pneumonia
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis
1006	アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis
1007	慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎 Bronchitis, not specified as acute or chronic
1009	慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease
1010	喘息 Asthma
1011	その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system

XI 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system

1101	う蝕 Dental caries
1102	歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害 Other disorders of teeth and supporting structures
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer
1105	胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis
1106	アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease
1107	慢性肝炎(アルコール性のものを除く) Chronic hepatitis, not elsewhere classified
1108	肝硬変(アルコール性のものを除く) Liver cirrhosis not elsewhere classified
1109	その他の肝疾患 Other disorders of liver
1110	胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis
1111	膵疾患 Diseases of pancreas
1112	その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system

XII 皮膚及び皮下組織の疾患

	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
1201	皮膚及び皮下組織の感染症 Infections of the skin and subcutaneous tissue
1202	皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Other diseases of the skin and subcutaneous tissue

XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患

	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
1301	炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies
1302	関節症 Arthrosis
1303	脊椎障害(脊椎症を含む) Spondylopathies
1304	椎間板障害 Intervertebral disc disorders
1305	頸腕症候群 Cervicobrachial
1306	腰痛症及び坐骨神経痛 Low back pain and sciatica
1307	その他の脊柱障害 Other dorsopathies
1308	肩の障害 Shoulder lesions
1309	骨の密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues

XIV 尿路性器系の疾患 Diseases of the genitourinary system

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

1402	腎不全 Renal failure
1403	尿路結石症 Urolithiasis
1404	その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system
1405	前立腺肥大(症) Hyperplasia of prostate
1406	その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs
1407	月経障害及び閉経周辺期障害 Menopausal and postmenopausal disorders
1408	乳房及びその他の女性性器の疾患 Other disorders of breast and female genital organs

XV 妊娠、分娩及び産じょく

	Pregnancy, childbirth and the puerperium
1501	流産 Pregnancy with abortive outcome
1502	妊娠中毒症 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
1503*	単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく Others Pregnancy, childbirth and the puerperium

XVI 周産期に発生した病態

	Certain conditions originating in the perinatal period
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害 Disorders related to length of gestation and fetal growth
1602	その他の周産期に発生した病態 Others Certain conditions originating in the perinatal period

XVII 先天奇形、変形及び染色体異常

	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
1701	心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常 Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

XVIII 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

	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
1800	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 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響

	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
1901	骨折 Fracture
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷 Intracranial damage and internal organ damage
1903	熱傷及び腐食 Burns and corrosions
1904	中毒 Poisoning
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響 Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

注：1503番（*印）は社会保険は適用されません。
Important：No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.