

※海外分

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

年 月 日提出

○記入の方法は右頁を参照してください

| | | | | | | | |
|--|------------------------------|---|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の 記号・番号 | 記号 番号 | ② 被保険者 (申請者) 氏名 | | | | |
| | ③ 被保険者 の生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | ④ 事業所名 | | | |
| | ⑤ 被保険者の (申請者) 現住所 | 〒 電話(日中の連絡先) () | | | | | |
| | ⑥ 療養が被扶養 者に関する ときはその方の | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 被保険 者との 続柄 | |
| | ⑦ 傷病名 | | | ⑧ 発病または負傷の 年 月 日 (療養開始日) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | |
| | ⑨ 発病または 負傷の原因 | (年 月 日() 午前・午後 時 分頃 負傷・発病) (いつ・どこで・何のために・何をしていた・どのようにして) | | | | 業務上の ものですか ⑩ はい・いいえ | 第三者による ものですか はい・いいえ |
| | ⑪ 診療を受けた 医療機関等の | 名称 | | | 診療した医師名 | | |
| | ⑫ 診療の期間 入・通院の別 | 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 | 日間 通院 | ⑬ 入院の時は 入院期間 | 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 | 日間 | |
| | ⑭ 診療の内容 | | | ⑮ 療養に要した 費用の額 | 円 | | |
| | ⑯ 療養の給付を受ける ことができなかった理由 | 海外での診療のため | | | | | |

| | | | | |
|------------|-------------|--------|------------------|--------------|
| ⑰ 振込 口座 | 金融機関 コード | 金融機関名 | 銀行 信金 信組 農協 | 本店 支店 出張所 |
| | 口座名義 | (フリガナ) | 預金種別 普通 当座 | 支店番号 口座番号 |

*被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

| | | | | |
|-----------|-----------------|---|-----|-----------------------|
| ⑱ 委任 状 | 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 | | 東京金属事業健康保険組合 受付日付印 |
| | | 住所 | | |
| | | 氏名 | 印 | |
| | 受領 代理人 | 住所 | | |
| | 氏名 | 印 (被保険者の印と別の 印を押してください) | | |
| | 委任者と代理人 との関係 | 電話 | () | |

※

【注意事項】

- 表題の「被保険者」と「被扶養者」は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
- 表題の「被保険者」を○で囲んだときは、⑥に「該当せず」と記入してください。
- 個人口座へ振り込みを希望される場合は、被保険者(申請者)の口座について記入してください。
(日本国内の金融機関に限ります)
- 被保険者(申請者)以外の方が給付金を受け取る場合は、⑩の委任状欄に記入をし、
⑰に受領代理人の口座を記入してください。
- 訂正するときは、二重線で抹消し、訂正してください。修正液等は使用しないでください。
- 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を当組合に請求のうえ、
作成してこの申請書に添付してください。
- この申請書を提出する際は、「様式A」「様式B」「海外で受診した際の領収・明細書の原本」「同意書」
及び「海外に渡航した事実が確認できるもの(パスポートの写しなど)」を添付してください。

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。 Outpatient and
3. One form for each month, one form for hospitalization / home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付きこの様式が1枚必要です。

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 _____ 年令 (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 Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 (次頁参照) _____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____, 20_____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization : From _____, 20____ to _____, 20____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
Out patient or Home Visit : _____, 20____ _____, 20____
入院外 _____, 20____ _____, 20____
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 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ 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 _____

Form B
様式 B

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 | 職業看護婦費 | \$ _____ | |
| (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 (特記せよ) | \$ _____ | \$ _____ |
| | | \$ _____ | \$ _____ |
| (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 _____

Address : Home 自宅 _____ Phone _____

住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date _____ Signature _____
日付 _____ 署名 _____

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <u>感染症及び寄生虫症</u> | | <u>呼吸器系の疾患</u> Diseases of the respiratory system | | 1402 腎不全 Renal failure | |
| Certain infectious and parasitic diseases | | 0502 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 | 1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold] | 1403 尿路結石症 Urolithiasis | |
| 0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases | | Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use | 1002 急性咽喉炎及び急性扁桃炎 Acute pharyngitis and tonsillitis | 1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system | |
| 0102 結核 Tuberculosis | | 0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 | 1003 その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections | 1405 前立腺肥大(症) Hyperplasia of prostate | |
| 0103 主として性的伝播様式をとる感染症 | | Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders | 1004 肺炎 Pneumonia | 1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs | |
| Infections with a predominantly sexual mode of transmission | | 0504 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) Mood [affective] disorders | 1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis | 1407 月経障害及び閉経周辺期障害 | |
| 0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 | | 0505 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 | 1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis | Menopausal and postmenopausal disorders | |
| Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions | | Neurotic, stress related and somatoform disorders | 1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis | 1408 乳房及びその他の女性性器の疾患 | |
| 0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis | | 0506 精神遅滞 Mental retardation | 1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎 | Other disorders of breast and female genital organs | |
| 0106 その他のウイルス疾患 Other viral diseases | | 0507 その他の精神及び行動の障害 | Bronchitis, not specified as acute or chronic | X <u>妊娠、分娩及び産じょく</u> | |
| 0107 真菌症 Mycoses | | Other psychoses and disorders of action | 1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease | Pregnancy, childbirth and the puerperium | |
| 0108 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 | | <u>神経系の疾患</u> Diseases of the nervous system | 1010 喘息 Asthma | 1501 流産 Pregnancy with abortive outcome | |
| Sequelae of infectious and parasitic diseases | | 0601 パーキンソン病 Parkinson's disease | 1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system | 1502 妊娠中毒症 | |
| 0109 その他の感染症及び寄生虫症 | | 0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease | X <u>消化器系の疾患</u> Diseases of the digestive system | Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium | |
| Other infectious and parasitic diseases | | 0603 てんかん Epilepsy | 1101 う蝕 Dental caries | 1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery | |
| <u>新生物</u> Neoplasms | | 0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 | 1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases | 1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく | |
| 0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach | | Cerebral palsy and other paralytic syndromes | 1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害 | Others Pregnancy, childbirth and the puerperium | |
| 0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon | | 0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system | Other disorders of teeth and supporting structures | X <u>周産期に発生した病態</u> | |
| 0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 | | 0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system | 1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer | Certain conditions originating in the perinatal period | |
| Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum | | <u>眼及び付属器の疾患</u> Diseases of the eye and adnexa | 1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis | 1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害 | |
| 0204 肝及び肝内胆管の悪性新生物 | | 0701 結膜炎 Conjunctivitis | 1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease | Disorders related to length of gestation and fetal growth | |
| Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts | | 0702 白内障 Cataract | 1107 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く) | 1602 その他の周産期に発生した病態 | |
| 0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物 | | 0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation | 1108 肝硬変 (アルコール性のものを除く) | Others Certain conditions originating in the perinatal period | |
| Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung | | 0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa | Liver cirrhosis not elsewhere classified | X <u>先天奇形、変形及び染色体異常</u> | |
| 0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast | | <u>耳及び乳様突起の疾患</u> | 1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver | Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities | |
| 0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus | | Diseases of the ear and mastoid process | 1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis | 1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart | |
| 0208 悪性リンパ腫 Malignant Lymphoma | | 0801 外耳炎 Otitis externa | 1111 膵疾患 Diseases of pancreas | 1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常 | |
| 0209 白血病 Leukaemia | | 0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear | 1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system | Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities | |
| 0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms | | 0803 中耳炎 Otitis media | X <u>皮膚及び皮下組織の疾患</u> | X <u>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</u> | |
| 0211 良性新生物及びその他の新生物 | | 0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患 | Diseases of the skin and subcutaneous tissue | Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified | |
| Other benign neoplasms and other neoplasms | | Other diseases of middle ear and mastoid | 1201 皮膚及び皮下組織の感染症 | 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 | |
| <u>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</u> | | 0805 メニエール病 Disorders of vestibular function | Infections of the skin and subcutaneous tissue | Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified | |
| Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism | | 0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear | 1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema | X <u>損傷、中毒及びその他の外因の影響</u> | |
| 0301 貧血 Anaemias | | 0807 その他の耳疾患 Other disorders of ear | 1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 | Injury, poisoning and certain other consequences of external causes | |
| 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 | | <u>循環器系の疾患</u> Diseases of the circulatory system | Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue | 1901 骨折 Fracture | |
| Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism | | 0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases | X <u>筋骨格系及び結合組織の疾患</u> | 1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 | |
| <u>内分泌、栄養及び代謝疾患</u> | | 0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases | Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue | Intracranial damage and internal organ damage | |
| Endocrine, nutritional and metabolic diseases | | 0903 その他の心疾患 Other froms of heart disease | 1301 炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies | 1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions | |
| 0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland | | 0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage | 1302 関節症 Arthrosis | 1904 中毒 Poisoning | |
| 0402 糖尿病 Diabetes mellitus | | 0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage | 1303 脊椎障害 (脊椎症を含む) Spondylopathies | 1905 その他の損傷及びその他の外因の影響 | |
| 0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 | | 0906 脳梗塞 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries | 1304 椎間板障害 Intervertebral disc disorders | Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes | |
| Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism | | 0907 脳動脈硬化 (症) Cerebral arteriosclerosis | 1305 頸腕症候群 Cervicobrachial | | |
| <u>精神及び行動の障害</u> | | 0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases | 1306 腰痛症及び坐骨神経痛 Low back pain and sciatica | | |
| Mental and behavioural disorders | | 0909 動脈硬化 (症) Atherosclerosis | 1307 その他の脊柱障害 Other dorsopathies | | |
| 0501 血管性及び詳細不明の痴呆 | | 0910 痔核 Haemorrhoids | 1308 肩の傷害 Shoulder lesions | | |
| Vascular dementia and Unspecified dementia | | 0911 低血圧 (症) Hypotension | 1309 骨の密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure | | |
| | | 0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system | 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 | | |
| | | | X <u>尿路性器系の疾患</u> Diseases of the genitourinary system | | |
| | | | 1401 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 Glomerular diseases | | |

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.

邦 訳（様式 A）診療内容明細書

2. 傷病名及び社会保険表章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

| | |
|-------|-----|
| 翻訳者氏名 | Ⓜ |
| 住 所 | |
| 電話番号 | () |

邦 訳（様式 B）領収明細書

(15) その他（項目明記）

| | |
|-------|-----|
| 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 _____

東京金属事業健康保険組合 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: Tokyo kinzoku jigyo 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.

署名欄 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.