

同年月日 令和 年 月 日		常務理事		事務長		担当者			
支給 支 払 決 議 書	支払額								
	支給 内 訳	法定				資 得	年 月 日	療 始	年 月 日
		付加				格 喪	年 月 日	養 終	年 月 日
	種類	療養費（入院・入院外・歯科・調剤） 装具						その他（ ）	

健康保険 被保険者・家族 **療養費支給申請書(海外)**

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者(請求者)		フリガナ			
	記号	番号	の氏名					
	被保険者(請求者)の現住所		〒		電話 ()			
	事業所名称							
	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・平・令 年 月 日	続柄		
	傷病名				発病負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日		
	発病または負傷の原因およびその経過				第三者行為によるものですか はい ・ いいえ			
	診療を受けた病院等		名称					
			所在地					
	診療の期間 (支給期間)		始	年 月 日	日数	診療に要した費用の額		円
		終	年 月 日	日間				
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		海外で療養を受けたため		

【添付書類】 ①領収書 ※毎月毎に申請書を提出して下さい。

②海外渡航の事実や渡航期間の確認ができるもの（パスポートの写し等）

※在籍者は、事業所経由（給与加算）でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい

受付日付印

委 任 状	私は 会社 を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	本人	住所 氏名
代理人		事業所住所 会社 事業所名称 氏名

※退職者のみ支払口座を記入して下さい。（請求者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です）

銀行 支店 普通 番号

信用金庫 出張所 当座 口座名義

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用国際疾病分類番号 (裏面参照)
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 : 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 _____

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

I Infectious and Parasitic Diseases	感染症及び寄生虫症	53.Allergic rhinitis	アレルギー性鼻炎
1.Intestinal infectious diseases	腸管感染症	54.Pneumonia	肺炎
2.Tuberculosis	結核	55.Influenza	インフルエンザ
3.Vital diseases accompanied by exanthem	発疹を伴うウイルス疾患	56.Chronic bronchitis	慢性気管支炎
4.Viral hepatitis	ウイルス肝炎	57.Asthma	喘息
5.Other Viral diseases	その他のウイルス疾患	58.Other diseases of respiratory system	その他の呼吸系の疾患
6.Syphilis and other venereal diseases	性病	IX Diseases of the Digestive System	消化系の疾患
7.Mycoses	真菌症	59.Diseases of teeth and supporting structures	歯及び歯の支持組織の疾患
8.Others	その他の感染症及び寄生虫症	60.Gastric and duodenal ulcer	胃及び十二指腸潰瘍
II Neoplasms	新生物	61.Gastritis and duodenitis	胃炎及び十二指腸炎
9.Malignant neoplasm of stomach	胃の悪性新生物	62.Appendicitis	虫垂炎
10.Malignant neoplasm of small intestine,colon and rectum	小腸、結腸及び直腸の悪性新生物	63.Hernia and intestinal obstruction	腸閉塞及びヘルニア
11.Malignant neoplasm of trachea,bronchus and lung	気管、気管支及び肺の悪性新生物	64.Liver cirrhosis	肝硬変
12.Malignant neoplasm of female breast	女性乳房の悪性新生物	65.Chronic liver disease	慢性肝炎
13.Malignant neoplasm of uterus	子宮の悪性新生物	66.Other disorders of liver	その他の肝の疾患
14.Leukaemia	白血病	67.Cholelithiasis and gallbladder	胆石症及び胆のう炎
15.Malignant neoplasm of other and unspecified sites	その他及び部位不明の悪性新生物	68.Other diseases of digestive system	その他の消化系の疾患
16 Other neoplasm	その他の新生物	X Diseases of the Genitourinary System	泌尿生殖系の疾患
III Endocrine Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders	内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	69.Nephritis and nephrosis	胃炎及びネフローゼ
17.Disorders of thyroid gland	甲状腺の疾患	70.Renal failure	腎不全
18.Diabetes mellitus	糖尿病	71.Calculus of urinary system	泌尿系の結石
19.Gout	通風	72.Other diseases of urinary system	その他の泌尿系の疾患
20.Others	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	73.Hyperplasia of prostate	前立腺肥大症
IV Diseases of Blood and Blood Forming Organs	血液及び造血器の疾患	74.Other disorders of male genital organs	その他の男性生殖器の疾患
21.Aneamias	貧血	75.Menopausal and postmenopausal disorders	月経障害及び閉経期の障害
22.Others	その他の血液及び造血器の疾患	76.Other disorders of breast and female genital organs	乳房及びその他の女性生殖器の疾患
V Mental Disorders	精神障害	XI Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium	妊娠、分娩及び産じょくの合併症
23.Senile and presenile Organic psychotic conditions	老年期及び初老期の器質性精神病	77.Pregnancy with abortive outcome	流産
24.Schizophrenic psychoses	精神分裂症	78.Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy	妊娠中毒症
25.Affective psychoses	躁うつ病	★79. Delivery in a completely normal case	正常分娩
26.Other psychoses	その他の精神病	80 .Other	その他の妊娠、分娩及び産じょくの合併症
27.Neurotic disorders	神経症	XII Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue	皮膚及び皮下組織の疾患
28.Alcohol dependence syndrome	アルコール依存	81.Infections of skin and Subcutaneous tissue	皮膚及び皮下組織の感染
29.Other nonpsychotic mental disorders	その他の非精神病性精神障害	82.Others	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
30.Mental retardation	精神薄弱	XIII Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue	筋骨格系及び結合組織の疾患
VI Diseases of the Nervous System and Sense Organs	神経系及び感覚器の疾患	83.Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies	慢性関節リウマチ（脊椎を除く）
31.Disorders of autonomic nervous system	自律神経障害	84.Osteoarthritis and allied disorders	変形性関節症及び類似症
32.Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes	脳性小児麻痺及びその他の麻痺性症候群	85.Disorder of back	腰痛症
33.Epilepsy	てんかん	86.Other dorsopathies	その他の脊椎疾患
34.Other diseases of central nervous system	その他の中枢神経系の疾患	87.Peripheral enthesopathies and allied syndromes	肩の障害
35.Disorders of peripheral nervous system	末梢神経系の障害	88.Others	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
36.Cataract	白内障	XIV Congenital Anomalies	先天異常
37.Conjunctivitis	結膜炎	89.Congenital anomalies of heart	心臓の先天異常
38.Other disorders of eye	その他の眼の疾患	90.Congenital musculoskeletal deformities	先天性股関節脱臼
39.Otitis media	中耳炎	91.Others	その他の先天異常
40.Other disorders of ear	その他の耳の疾患	XV Certain Conditions Originating in the perinatal period	周産期に発生した主要病態
VII Diseases of the Circulatory system	循環系の疾患	92.Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation and unspecified low birth weight	胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児
41.Rheumatic fever and rheumatic heart disease	リウマチ熱及びリウマチ性心疾患	93.Others	その他の周産期に発生した主要病態
42.Hypertensive disease	高血圧性疾患	XVI Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions	症状、徴候及び診断名不明確の状態
43.Ischemic heart disease	虚血性心疾患	94.Symptoms, signs and ill-defined conditions	症状、徴候及び診断名不明確の状態
44.Other forms of heart disease	その他の心疾患	XVII Injury and Poisoning	損傷及び中毒
45.Subarachnoid and intracerebral haemorrhage	脳出血	95.Fracture	骨折
46.Occlusion of precerebral and Cerebral arteries	脳梗塞	96.Intracranial injury,internal injury and injury to nerves and spinal cord	脊髄を含む頭蓋内及び内部損傷
47.Other cerebrovascular disease	その他の脳血管疾患	97.Burns	熱傷
48.Atherosclerosis	じゅく状硬化症	98.Poisoning by drugs,medicaments and biological substances	化学物質の有害作用
49.Other disorders of circulatory system	その他の循環系の疾患	99.Others	その他の損傷及び中毒
VIII Diseases of the Respiratory system	呼吸系の疾患	Important :No.79 with asterisk is not covered by social insurance	79(★印)は社会保険は適用されません
50.Acute respiratory infections	急性上気道感染		
51.Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis,not specified as acute or chronic	急性及び詳細不明の気管支炎		
52.Chronic sinusitis	慢性副鼻腔炎		

調査に関わる同意書
Ag Agreement of Authorization

• 治療開始日 _____年____月____日
• Starting date of medication Year_____Month_____Day_____

• 患者
(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年____月____日

• Patient
(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____Month _____Day_____

キューピー・アヲハタ健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、キューピー・アヲハタ健康保険組合の職員又はキューピー・アヲハタ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、それをキューピー・アヲハタ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Kewpie Aohata Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Kewpie Aohata 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下さい。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）が署名して下さい。

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) _____

(住所) _____

(日付) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から24ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 24 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頂くことがあります。

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.