| 信 | 年月E | 令 | 和 | 年 | = | , | 月 | | В | 常 | 務理 | 事 | 事務 | 長 | | | 担 | 当者 | | | | | |
|-------------|-------------------------|---|--|-----------|-----------------|-------|-------------|-----|-------------------|-----------|------------------|-------------------|-------|-------------|--------|-----|------------|-----------------|----------|----|-----|---------|---|
| 支 | | 払額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給 | 支 | 給 | 法定 | | | | | | | 資 | 得 | | 年 | 月 | В | 頻 | · 如 | ì | 1 | ŧ | 月 | В | |
| 支 | 内 | 訳 | 付加 | | | | | | | 格 | 喪 | : | 年 | 月 | В | ء | E 終 | : | 1 | Ŧ | 月 | В | |
| 払 | 種 | 類 | 療養 | 費(| 入院 | ÷ ÷ | 入队 | 完外 | • | 歯科 | | • 調剤 | 钊 |) | 装具 | | そ | の他 | (| | | |) |
| 決議書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康 | | | | i・家 | | | | | | | | 書(淮 | 事夕 | / L) | | | | | | | | | |
| ※捺 | | | | し、訂 | | | | | | | | | » | | | | | 令和 | 年 | E | 月 | 日提 | 出 |
| | 被 | R 険 | | 証の | | 号 | • a | 등 등 | 1 | (険者) - | | 者) フ | リガ: | ナ | | | | | | | | | |
| | 記 号 | | i | 番号 | | | | | | の氏 | 名 | | | | | | | | | | | | |
| 被 | 被保険 | (清 | 求者)♂ | D現住所 | ř | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | (|) |) |
| 保 | 事 | 業 | 所 征 | 名 称 | ī | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 険 者 | 療養が被扶養者に関すると きは、その方の | | : 氏 | 名 | | | | | 3 | | | ・ 平•令 年 | | 月 | В | 続 | 柄 | | | | | | |
| が 記 | 傷 | | 病 | 名 | i | | | | | | ļ | | ı | | | | 年月E 始日) | 平 | • 令 年 | Ē | 月 | В | |
| አ | 発病または負傷の原因 | | |] | 第 | | | | | | 第三 | ∃ 者: | 行 為 [| にょ | るも | ので | すか | | | | | | |
| す | および | その紹 | 径過 | | | | | | | | | | | | | | はい | • | l | いえ | | | |
| る | 診唇 | を受 | けたり | 病 院 等 | 名 | 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ح ا | 100 75代 | . X | 17 /2 9 | בייות ניי | 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ころ | 診 | 療 | o j | 朝間 | 始 | | 年 | 月 | | В | В | 数 | Ţ | - ^ | | | | | | | | | |
| | (3 | z 給 | | 期間) | 終 | | 年 | 月 | | в | | Я | 間 | 診療 | に要した | こ費用 | 30)額 | | | | | | |
| | 診 | 療 | の F | 为 容 | } | | | | | 1 | ける | の給付を ことがて | 受き | | | 海 | 外で約 | 療養 [:] | を受l | ナた | ため | | |
| 【添 | 付書類 | 5] | ①舘 | 収書 | ※ | 毎に | 由請達 | は存提 | 出し | | | った理由 | | | | | | | | | | | |
| L WM | 13 🗆 🗸 | | | | | | | | | | | 。 もの(| パス | スポ- | -トの | 写し | 等) | | | | | | |
| ※在第 | 籍者は、 | 、事第 | 美所経E | 由(給+ | 多加算 | i) でま | 沙 支払 | します | ので、 | 下記 | こ こ の 季 | を任状に | ご言 | 八八 | さい | | | | [| | | +rn | |
| 委任状 | 本人 代理 <i>》</i> | 住氏 - - - - - - - - - - - - - - - | を代理 所名 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 一 三 一 三 一 三 | È所 | め、本 | 請求に | 基づく | 給付金 | に関す | る受命 | 頂をf | 代理人に | 委任 | します | す。 | | | | | 安 | 付日作 | ∆.Fh | |
| ※退職 | 践者のみ | | | 銀 | 下さい 行 用金庫 | | 文者以5 | | 座へ振; 支 店 出張 | 5 | 普遍 | れる場合 通 á座 | 番号 | | | 必要で | ੂਰ) | | | | _ | | |

| Form | A | 1. This form is used for claiming the social insurance benefit |
|------|---|--|
| 様式 | A | 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

| · Female) | Sex (Male · | Age (Date of Birth) | Name of patient (Last, first) | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---|----|--|--|--|
| ·女) | 性別(男·女 | 冷(生年月日) | 患者名 年令(生年) | | | | |
| f Diseases for | Classification of Γ | vith Number of International | Name of Illness or Injury prefera | 2. | | | |
| | | ther side of this form) | the use of Social Insurance (See t | | | | |
| | | i番号(裏面参照) | 傷病名及び社会保険用国際疾病 | | | | |
| | | , 20 | Date of first Diagnosis : | 3. | | | |
| | | | 初 診 日 | | | | |
| | | days | Days of Diagnosis and Treatmen | 4. | | | |
| | | | 診療日数 | | | | |
| | | | Type of Treatment | 5. | | | |
| | | | 治療の分類 | | | | |
| days) | 20 (| , <u>20</u> to | ☐ Hospitalization : From | | | | |
| 日間) | | 至 | | | | | |
| 20 | , 20 | , <u>20</u> | ☐ Out patient or Home Visit | | | | |
| | | , 20 | | | | | |
| | | | Nature and Condition of Illness 症状の概要 Prescription,operation and any 処方,手術その他の処置の概要 | | | | |
| No □ いいえ | Yes □ はい | , | Was the treatment required as a 治療は事故の傷害によるもので | 8. | | | |
| | | | Itemized amounts paid to Hospit | α | | | |
| | 様式 B | id / of Attending physician i | 治療 実費 | ο. | | | |
| | | rsician | . Name and Address of Attending | 10 | | | |
| | | | 担当医の名前及び住所 | | | | |
| | | First 名 | Name 名前 : <u>Last 姓</u> | | | | |
| | Phone | | Address 住所: <u>Home</u> 自宅 | | | | |
| | Phone | 療所 | Office 病院又 | | | | |
| | | Signature 署名 | Date 日付 | | | | |
| y | Phone Phone Attending Phy | 療所 | Address 住所: <u>Home 自宅</u> <u>Office 病院又</u> | | | | |

診療録の番号_

Itemized Receipt 領収明細書

| Nam | e of patient (Last, first) | Age | (Date o | of Birt | h) | Sex (| Male · Female) |
|-------|--------------------------------|-----|----------|-----------------------------|-------|--------|----------------|
| 患者名 | | 年令 | (生年月 | 月日)_ | | 性別 | (男・女) |
| (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 | | • | 。 院 管 理 | | | |
| (5) | Hospitalization | | 入,入 | 沈官与院 | 費 | | |
| (6) | Consultation | | 診 | 察 | 費 | | |
| | | | 彩 | | 費 | | |
| (7) | Operation | | , | 術 * * * * * * | | | |
| (8) | Professional Nursing | | | 美看護 - 10 1 | | | |
| (9) | X-Ray Examinations | | | 泉検査 | | | |
| (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 | | 手彳 | 析室 費 | 月 | | |
| (15) | The Others(Specify) | | その |)他(特 | 寺記せよ) | \$ | . \$ |
| | | | | | | | |
| (16) | Total | | 合 | | 計 | | |
| (= 0) | | | | | | | • |

 $Important : Exclude the amount irrelev ant to the treatment, \ i. \ e \ , \ payment for luxurious room charge.$

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

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 | | | | |

arteries

48 Atherosclerosis

52.Chronic sinusitis

47.Other cerebrovascular disease

50. Acute respiratory infections

49.Other disorders of circulatory system

VIII Diseases of the Respiratory sysytem

51. Acute bronchitis and bronchiolitis and

bronchitis, not specified as acute or chronic

その他の脳血管疾患

その他の循環系の疾患

急性及び詳細不明の気管支炎

じゅく状硬化症

呼吸系の疾患

慢性副鼻腔炎

急性上気道感染

I Infectious and Parasitic Diseases 威染症及び寄生虫症 53.Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎 1 .Intestinal infectious diseases 腸管感染症 54.Pneumonia 肺炎 インフルエンザ 2 .Tuberculosis 結核 55.Influenza 発疹を伴うウィルス疾患 3 .Vital diseases accompanied by exanthem 56.Chronic bronchitis 慢性気管支炎 4 .Viral hepatitis ウィルス肝炎 57.Asthma 喘息 その他のウィルス疾患 その他の呼吸系の疾患 5 .Other Viral diseases 58.Other diseases of respiratory system 6 .Syphilis and other venereal diseases 性病 IX Deseases of the Digestive System 消化系の疾患 59.Diseases of teeth and 7 .Mycoses 歯及び歯の支持組織の疾患 supporting structures 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 ■ Neoplasms 61.Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎 新生物 9 .Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物 虫垂炎 62. Appendicitis 10.Malignant neoplasm of 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 small intestine, colon and rectum 11.Malignant neoplasm of 気管、気管支及び肺の悪性新生物 肝硬変 64.Liver cirrhosis trachea, bronchus and lung 女性乳房の悪性新生物 65 Chronic liver disease 慢性肝炎 12.Malignant neoplasm of female breast その他の肝の疾患 子宮の悪性新生物 66 Other disorders of liver 13.Malignant neoplasm of uterus 胆石症及び胆のう炎 14.Leukaemia 白血病 67. Cholelithiasis and gallbladder 15.Malignant neoplasm of other and 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 unspecified sites 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 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 Deseases and Immunity Disorders 甲状腺の疾患 17.Disorders of thyroid gland 腎不全 18.Diabetes mellitus 糖尿病 泌尿系の結石 71.Calculus of urinary system 19.Gout 通風 72.Other diseases of urinary system その他の泌尿系の疾患 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに 前立腺肥大症 20 Others 73. Hyperplasia of prostate 免疫障害 IV Diseases of Blood and Blood 74.Other disorders of male 血液及び造血器の疾患 その他の男性生殖器の疾患 Forming Organs genital organs 75.Menopausal and 21.Aneamias 月経障害及び閉経期の障害 postmenopuusal disorders 76.Other disorders of breast and その他の血液及び造血器の疾患 22 Others 乳房及びその他の女性生殖器の疾患 female genital organs XI Complications of Pregnancy, Childbirth V Mental Disorders 妊娠、分娩及び産じょくの合併症 and the Puerperium 23. Senile and presenile Organic 老年期及び初老期の器質性精神病 77. Pregnancy with abortive outcome 流産 phychotic conditions 78. Hypertension complicating pregnancy 妊娠中毒症 精神分裂症 24. Schizophrenic psychoses and excessive vomiting in pregnancy 25.Affective psychoses 躁うつ病 ★79. Delivery in a completely normal case 正常分娩 その他の精神病 その他の妊娠、分娩及び産じょくの合併症 26.Other psychoses $\boldsymbol{X} \; \boldsymbol{\mathbb{I}} \;$ Diseases of the skin and Subcutaneous 27. Neurotic disorders 神経症 皮膚及び皮下組織の疾患 81.Infections of skin and Subcutaneous tissue 28.Alcohol dependence syndrome アルコール依存 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 XII Diseases of the Musculoskeletal 精神薄弱 筋骨格系及び結合組織の疾患 30.Mental retardation System and Connective Tissue 83.Rheumatoid arthritis and VI Diseases of the Nervous System and Sense 神経系及び感覚器の疾患 慢性関節リウマチ (脊椎を除く) Organs other inflammatory polyarthropathies 31.Disorders of autonomic nervous system 自律神経障害 84.Osteoarthrosis and allied disorders 変形性関節症及び類似症 32.Infantile cerebral palsy and other paralytic 脳性小児麻痺及びその他の麻酔性症候群 85.Disorder of back 腰痛症 syndromes 33. Epilepsy 86.Other dorsopathies その他の脊椎疾患 てんかん 87.Peripheral enthesopathies その他の中枢神経系の疾患 肩の障害 34.Other diseases of central nervous sysytem and allied syndromes 88.Others 35.Disorders of peripheral nervous system 末梢神経系の障害 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 白内障 XIV Congenital Anomalies 先天異常 36.Cataract 心臓の先天異常 37.Conjunctivitis 結膜炎 89. Congenital anomalies of heart 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 91.0thers 39.Otitis media 中耳炎 その他の先天異常 XV Certain Conditions Originating in the 40.Other disorders of ear その他の耳の疾患 周産期に発生した主要病態 perinatal period 92. Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation 胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児 VII Diseases of the Circulatory system 循環系の疾患 and unspecified low birth weight 41.Rheumatic fever and rheumatic リウマチ熱及びリウマチ性心疾患 その他の周産期に発生した主要病態 93.Others heart disease XVI Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions 高血圧性疾患 症状、徴候及び診断名不明確の状態 42. Hypertensive disease 94.Symptoms, signs and 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 ill-defined conditions その他の心疾患 XVI Injury and Poisoning 損傷及び中毒 44.Other forms of heart disease 45.Subarachnoid and 脳出血 骨折 95.Fracture intracerebral haemorrhage 46.Occulusion of precerebral and Cerebral $96. Intracranial\ injury, internal\ injury$ 脳梗寒 脊髄を含む頭蓋内及び内部損傷 and injury to nerves and spinal cord

> Important : No.79 with asterisk is not covored by social insurance

98. Poisoning by drugs, medicaments

and biological substances

97.Burns

99.Others

79(★印)は社会保険は適用されません

化学物質の有害作用

その他の指傷及び中毒

調査に関わる同意書

Ag Agreement of Authorization

| ・治療開始日 | | _年月 | | | |
|---------------|--------------|----------|-------|-------|------|
| ·Starting dat | e of medicat | ion Year | M | lonth | _Day |
| ・患者 | | | | | |
| (患者名) | | | | | |
| (住所) | | | | | |
| (生年月日) | | 三 月_ | 日 | | |
| | | | | | |
| · Patient | | | | | |
| (Name of pa | tient) | | | | |
| (Address) | | | | | |
| (Date of bi | rth) Y | ear | Month | Day | |
| | | | | | |

キユーピー・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)_ | | | | 目 | | | _ |
|-------------------------|-------------|---------------------|-------------|------------|---------|---------|-------------|
| ※ 本同意 (Signatu | 書の有効 re) | :本人 ・ 親権 朝限は署名日か | ら24ヵ月 | 間です。 | その他 | (|) |
| | | Montl | | | | | |
| (Relation | to the | insured): Self | • Guardia | n• Heir | • Other | | |
| ፠ This a | greement | of authorizat | ion expire: | s 24 montl | h after | the sig | ned 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.