

| | | | | | | | |
|---------|-----|---|---|------|-----|--|-----|
| 同年月日 令和 | 年 | 月 | 日 | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| 支給 | 支払額 | | | | | | |

【※】海外療養費は、健保組合が委託している外部会社に翻訳依頼をしています。

そのため、支給までに2ヶ月以上かかります。

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。

令和〇年〇月〇日提出

| | | | | | | | |
|--|-------------------------|---------|------------------------------|-------------|---|---------------|------|
| 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 ケンポ タロウ | | |
| | 記号 | 〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇〇 | の氏名 | 健保 太郎 | |
| | 被保険者(請求者)の 現住所 | 〇〇〇〇〇 | | | 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | |
| | 事業所名称 | 〇〇〇〇〇 | | | | | |
| | 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 | 〇〇〇〇〇 | | | 発病負傷年月日 (療養開始日) | 平・令 〇年〇月〇日 | |
| | 発病または負傷の原因 およびその経過 | 不明 | | | 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 | 〇〇病院 | | 領収書の金額を 現地の通貨でご記入 ください。 | | |
| | | 所在地 | 〇〇〇〇〇 | | | | |
| | 診療の期間 (支給期間) | 始 | 令〇年〇月〇日 | 日数 | 診療に要した費用の額 | | 〇〇〇〇 |
| | 終 | 令〇年〇月〇日 | 2日間 | | | | |
| 診療の内容 | 診察、投薬 | | 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 ※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

| | |
|-------------|---|
| 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 〇〇〇〇〇 氏名 健保 太郎 |
| | 代理人 事業所住所 会社 事業所名称 氏名 |

受付日付印

在籍者は本人欄にご記入ください

※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)

退職者は支払口座をご記入ください

銀行 支店 普通 番号
信用金庫 出張所 当座 口座名義

【※】 こちらは、担当医が記入・署名してください。

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 _____

【※】 こちらは、担当医が記入・署名してください。

領 収 明 細 書

Name of patient (Last, first) Age (Date of Birth) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 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 | 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 署名

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) 健保 太郎
 (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）、健保 太郎 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) 健保 太郎
(住所) 〇〇〇〇〇
(日付) 〇 年 〇 月 〇 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.