

海外用

健康保険

 被保険者 家族

療養費支給申請書

被 必 ず 保 記 入 し て く だ さ い 記 入 す る と こ ろ る	①被保険者証 の記号番号	記号 100	②被保険者の氏名 及び生年月日 番号	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日生			③ 印	
		番号						
	④連絡先 (電話番号)	(内線) (自宅) - - - (携帯) - - -						
	⑤請求が被扶養者に関するもので ある ときはその氏名及び生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日生			⑥傷病名		
	⑦発病又は負傷 の年月日	平成・令和 年 月 日		⑧発病又は 負傷の原因				負傷の原因は 第三者行為に によるものですか
	⑨診療を受けた 医療機関	名称 所在地						⑩入院外・ 入院の別
	⑪診療又は 手当の期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	⑫受けた療養に対し 病院等で支払った額 (現地支払額及び国名)	現地 支払額 国名				
	⑬給付金の支払いについて	□ 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。⑭へ □ 被保険者は退職者である。又は、 ⇒ 請求者の名義又は受領委任した代理人の名義 任意継続被保険者である。						
	在職者	⑭アストラゼネカ株式会社 代表取締役堀井 貴文を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。 被保険者の氏名及び印 印						
	退職者 (任意 継 続 被 保 険 者)	⑮振込 金融 機 関 名	(フリガナ) 銀行 信用金庫	金融機関コード	預金種目	□ 普通	□ 当座	□ その他 ()
		(フリガナ) 本店 支店	支店コード	名義	(フリガナ)			
	⑯委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 印 代理人の 住所 氏名 印						

※この申請書に添えなければならない書類

[受付印]

1. 診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B)又は領収明細書(歯科)。
2. 上の明細書等が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文。
(翻訳者の氏名住所を記載したもの)

※記入上の注意

1. 後期高齢者医療を受けられた人は、住所地の市町村でこの給付を受けてください。
2. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を
訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
3. ⑭には③と同じ印を押印してください。
4. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを
希望するときは、⑯により代理人に給付金の受領委任をしてください。そのときは⑯に
③に押した印と同じ印を押してください。
5. ⑧、⑩、⑬及び⑮の□には、該当する事項に✓を入れてください。

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
 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 and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement

診療內容明細書

1. Name of Patient (Last,First) _____ 患者名 _____

Age (Date of Birth) _____ Sex (Male•Female) _____ 年齢 (生年月日) 性別 (男・女) _____

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form). 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (付録参照) _____ (NO.) _____

3. Date of first Diagnosis: _____, 20_____ 初診日 _____

4. Dayate of Diagnosis and Treatment: _____ days 診療日数 _____ 日間

5. Type of Treatment: 治療の分類

Hospitalization: From _____, _____ to _____, 20_____ (days) 入院 自 _____, _____ 至 _____, 20_____ (日間)

Outpatient or Home Visit : 入院外 _____, _____, _____, 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 &/or Attending physician : Fill in form B 項目別治療実費 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
Address 住所 :	Home 自宅	Phone 電話	
Office 病院又は診療所		Phone 電話	
Date 日付 :	Signature 署名 :		
	Attending physician 担当医		

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療所の記録番号 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

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) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$	
_____	_____	\$	\$
_____	_____	\$	\$
(16) Total	合計	\$	\$

Unit is

(貨幣単位)

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a 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 名前 : Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所 : Home 自宅		Phone 電話
Office 病院又は診療所		Phone 電話
Date 日付 :	Signature 署名 :	

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。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)
領収明細書 (歯科)

(FormB)

(様式 B)

Name of Patient

受診者名 _____

Age _____

Sex (Male.Female)

年齢

性別

Date of First Diagnosis

初診日 _____

Days of Diagnosis and Treatment

診療実日数 _____ days

Localization of Teeth 部位	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduour Teeth 乳歯
R 87654321 12345678 L 87654321 12345678	R edcba abcde L edcba abcde

1. Name of Illness 傷病名	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 抜髓			
*Extraction 抜歯			
*Filling 充填			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown 繼続歯			
*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			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			

Date 日付 _____

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon
医師の氏名 _____

Signature
署名 _____

Name and Address of Dentist's Office
歯科医院の名称及び所在地 _____

海外療養費支給申請書の診療内容明細書翻訳文

1. 患者名

生年月日

昭和
平成

年 月 日 生

2. 傷病名

3. 症状の概要

4. 処方、手術
その他の
処置の概要

★ 翻訳者

名 称

所在地

TEL.

氏 名

印

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

1	Infectious and Parasitic Diseases 感染症及び寄生虫症	26	Other psychoses その他の精神病
1	Intestinal infectious diseases 腸感染症	27	Neurotic disorders 神経症
2	Tuberculosis 結核	28	Alcohol dependence syndrome アルコール依存
3	Viral diseases accompanied by exanthem 発疹を伴うウイルス疾患	29	Other nonpsychotic mental disorders その他の非精神病性精神障害
4	Viral hepatitis ウイルス肝炎	30	Mental retardation 精神薄弱
5	Other Viral diseases その他のウイルス疾患	6	Diseases of the Nervous System and Sence Organs 神経系及び感覚器の疾患
6	Syphilis and other venereal diseases 性病	31	Disorders of autonomic nervous system 自律神経障害
7	Mycoses 真菌症	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
8	Others その他の感染症及び寄生虫症	33	Epilepsy てんかん
2	Neoplasms 新生物	34	Other diseases of central nervous system その他の中枢神経系の疾患
9	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	35	Disorders of peripheral nervous system 末梢神経系の障害
10	Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum 小腸、結腸、及び直腸の悪性新生物	36	Cataract 白内障
11	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	37	Conjunctivitis 結膜炎
12	Malignant neoplasm of female breast 女性乳房の悪性新生物	38	Other disorders of eye その他の眼の疾患
13	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	39	Otitis media 中耳炎
14	Leukaemia 白血病	40	Other disorders of ear その他の耳の疾患
15	Malignant neoplasm of other and unspecified sites その他及び部位不明の悪性新生物	7	Diseases of the Circulatory system 循環系の疾患
16	Other neoplasm その他の新生物	41	Rheumatic fever and rheumatic heart disease リウマチ熱及びリウマチ性心疾患
3	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	42	Hypertensive disease 高血圧性疾患
17	Disorders of thyroid gland 甲状腺の疾患	43	Ischemic heart disease 虚血性心疾患
18	Diabetes mellitus 糖尿病	44	Other forms of heart disease その他の心疾患
19	Gout 痛風	45	Subarachnoid and intracerebral haemorrhage 脳貧血
20	Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	46	Occulusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
4	Diseases of Blood and Blood Forming Organs 血液及び造血器の疾患	47	Other cerebrovascular disease その他の脳血管疾患
21	Anaemias 貧血	48	Atherosclerosis じゅく状硬化症
22	Others その他の血液及び造血器の疾患	49	Other disorders of circulatory system その他の循環系の疾患
5	Mental Disorders 精神障害	8	Diseases of the Respiratory system 呼吸系の疾患
23	Senile and presenile organic psychotic conditions 老年期及び初老期の器質性精神病	50	Acute respiratory infections 急性上気道感染
24	Schizophrenic psychoses 精神分裂病	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
25	Affective psychoses 躁うつ病	52	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎

- 53 Allergic rhinitis
アレルギー性鼻炎
- 54 Pneumonia
肺炎
- 55 Influenza
インフルエンザ
- 56 Chronic bronchitis
慢性気管支炎
- 57 Asthma
喘息
- 58 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸系の疾患
- 9 Diseases of the Digestive System**
消化系の疾患
- 59 Diseases of teeth and supporting structures
歯及び歯の支持組織の疾患
- 60 Gastric and duodenal ulcer
胃及び十二指腸潰瘍
- 61 Gastritis and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎
- 62 Appendicitis
中耳炎
- 63 Hernia and intestinal obstruction
腸閉塞及びヘルニア
- 64 Liver cirrhosis
肝硬変
- 65 Chronic liver disease
慢性肝炎
- 66 Other disorders of liver
その他の肝の疾患
- 67 Cholelithiasis and gallbladder
胆石及び胆のう炎
- 68 Other diseases of digestive system
その他の消化系の疾患
- 10 Diseases of the Genitourinary System**
泌尿生殖系の疾患
- 69 Nephritis and nephrosis
腎炎及びネフローゼ
- 70 Renal failure
腎不全
- 71 Calculus of urinary system
泌尿系の結石
- 72 Other diseases of urinary system
その他の泌尿系の疾患
- 73 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大症
- 74 Other disorders of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患
- 75 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経期の障害
- 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
- 11 Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium**
妊娠、分娩及び産じよの合併症
- 77 Pregnancy with abortive outcome
流産
- 78 Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy
妊娠中毒症
- ※ 79 Delivery in a completely normal case
正常分娩
- 80 Others
その他の妊娠、分娩及び産じよの合併症
- 12 Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue**
皮膚及び皮下組織の疾患
- 81 Infections of skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染
- 82 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患
- 13 Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue**
筋骨格系及び結合組織の疾患
- 83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies
慢性関節リウマチ(脊椎を除く)
- 84 Osteoarthritis and allied disorders
変形性関節症及び類似症
- 85 Disorder of back
腰痛症
- 86 Other dorsopathies
その他の脊柱疾患
- 87 Peripheral enthesopathies and allied syndromes
肩の障害
- 88 Others
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
- 14 Congenital Anomalies**
先天異常
- 89 Congenital anomalies of heart
心臓の先天異常
- 90 Congenital musculoskeletal deformities
先天性股関節脱臼
- 91 Others
その他の先天異常
- 15 Certain Conditions Originating in perinatal period**
周産期に発生した主要病態
- 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
- 93 Others
その他の周産期に発生した主要病態
- 16 Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions**
症状、徵候及び診断名不明確の状態
- 94 Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions
症状、徵候及び診断名不明確の状態
- 17 Injury and Poisoning**
損傷及び中毒
- 95 Fracture
骨折
- 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
- 97 Burns
熱傷
- 98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances
化学物質の有害作用
- 99 Others
その他の損傷及び中毒
- Important : No.79 with asterisk is not covered by the social insurance (※印)は社会保険は適用されません。