

健 保	支 払 額	款 項 目			¥	資格有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	処理日： 年 月 日
						喪失日： 年 月 日	支払日： 年 月 日
使 用 欄	傷病名		支給計算日			請求額(円)	査定額(円)
			令和 年 月 日				
	国際疾病分類No.		一日あたりの点数				
			点		合計		
外貨為替レート				一部負担額 1 2 3			
令和 年 月 日付 円/				支給額			

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外用) 家族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	右記1.2の内容を確認し、同意の上申請してください		1.申請内容について、支給決定項目等を事業主へ開示する事に同意します。 2.申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。				
	①被保険者等 記号・番号		(記号)	(番号)	②事業所名		
	被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)						
	③被保険者 (申請者)の氏名				④生年 月日	昭和 平成	年 月 日
	⑤被保険者 (申請者)の住所		〒 - 電話 ()				
	⑥療養が被扶養者に関するときはその方の氏名				⑦生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日 続柄
	⑧傷病名		⑨治療の内容				
	⑩通・退勤中または業務中によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい		⑪第三者によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ”はい”の場合は「第三者行為届」を提出
	⑫診療の期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間		左の期間のうち入院期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間
	⑬診療に要した費用		通貨			⑭渡航の目的	
			金額			<input type="checkbox"/> 海外赴任 H・R 年 月 日から 別紙、事業主証明を添付してください <input type="checkbox"/> 旅行 渡航期間のわかるパスポート等の写を添付ください <input type="checkbox"/> 海外居住 (平成・令和 年 月 日から)	
			国名				

⑮ 支 払 希 望 の 銀 行	必ずご記入ください						
	銀行 コード (4ケタ)			銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	支店	普通・当座 (〇をつけてください)
	口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします			口座 名義	カタカナで記入してください	
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります						

受付日付印

海外療養費の申請について

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった治療費については、国内における保険診療の範囲内で償還されます。
※業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。
※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
※妊婦健診や乳幼児健診の費用は保険の対象外となり、海外療養費の支給対象外です。
2. 具体的な診療内容等について、診療等を受けた医療機関に照会を行う場合があります。
3. 海外赴任の場合は、事業主の証明を添付してください。
4. 申請に必要な書類は、療養費支給申請書(海外用)、様式A・B・C、領収書の原本です。(省略不可)
 - ・歯科以外を受診した場合:様式A、Bを担当医師等に証明を依頼してください。
 - ・歯科に受診した場合 :様式B、Cを歯科医師等に証明を依頼してください。
5. 受診者別、病院別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明(様式A・B・C)を医師に依頼してください。
例:4月に外来で通院し、中途入院、5月半ばに退院した人は、外来分1枚、入院分2枚必要とします。
6. 様式A、B、Cについては邦訳を添付し、翻訳者の住所・氏名を書いて下さい。
翻訳者が本人の場合も書いて下さい。
7. 海外旅行の際に病院にかかられた場合、受診者の海外渡航期間がわかる書類を添付してください。
(パスポート・ビザ・航空チケットなど当該渡航期間がわかる部分のコピー)
※パスポートの場合は、氏名・顔写真と出入国スタンプのページの両方のコピーを添付してください。
(診療を受けた期間に渡航先に滞在していたことが分かるように目印をつけてください。)
8. 海外から申請するときは事業主(留守家族も可)を経由して下さい。
9. 住商連合健康保険組合からは直接海外への送金は行われません。
事業主等が受け取ることとなるので、連絡をとるようにして下さい。
10. 臓器移植による申請の場合、下記書類を添付してください。
 - I.日本臓器移植ネットワークの登録証明書の写し
 - II.海外の施設に入院していた間の経過記録の写し
 - III.臓器移植を必要とする被保険者等が「①レシピエント適応基準に該当し、日本臓器移植ネットワークに登録している状態であること②国内での待期状況を踏まえると、当該患者が、海外で移植を受けない限りは生命の維持が不可能となる恐れが高いこと」について、臓器移植を受ける被保険者等の主治医(学会認定の移植認定医)が作成した海外の施設への紹介状の写しに、部門長又は施設長がサインしたもの。
11. 請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、速やかに手続きしてください。

住商連合健康保険組合 御中

証 明 書

被保険者【 】は、 年 月 日から
国名【 】へ海外赴任となっている為、事業主の証明を提出します。

※下記は対象者がご家族の場合にご記入ください。

ご家族【 】様は、被保険者の海外赴任に家族帯同しています

上記のとおり、相違ないことを証明致します。

令 和 年 月 日

事業所

住 所 :

電 話 :

名 称 :

氏 名 :

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) _____ Age(Date of Birth) _____
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号(附録参照) _____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____
初診日 _____
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ to _____ (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
 Outpatient or _____
Home Visit _____
入院外 _____
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 : 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 Record (if applicable)
診療録の番号 _____

診療内容明細書(様式A)翻訳

1. 患者名： 生年月日： 年 月 日

2. 傷病名：
健康保険用国際疾病分類番号：

3. 初診日： 年 月 日

4. 診療日数： 日

5. 治療の分類

入院： 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

入院外： 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 :

9. 治療実費：様式B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前： 姓 名

住所：

電話：

11. 翻訳者

名前：

住所：

電話：

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、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、また入院・入院外毎につきこの様式1枚が必要です。

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	_____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
				* 諸検査の内容を記入してください
(11)	Medicines**	医薬費	_____	** Please fill in the name and amount of the prescription of an individual medicine.
				** 処方した個々の薬の名称と量を記入してください
(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 (特記せよ)	_____	
(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: 特別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) _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

領収明細書（様式B）翻訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

名 前 :

住 所 :

電 話 :

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

I Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	VI Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0601 Parkinson's disease パーキンソン病
0102 Tuberculosis 結核	0602 Alzheimer's disease アルツハイマー病
0103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	0603 Epilepsy てんかん
0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎	0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患	0606 Others その他の神経系の疾患
0107 Mycoses 真菌症	VII Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患
0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0701 Conjunctivitis 結膜炎
0109 Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0702 Cataract 白内障
II Neoplasms 新生物	0703 Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0704 Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	VIII Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0801 Otitis externa 外耳炎
0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0802 Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0803 Otitis media 中耳炎
0206 Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0804 Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0207 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0805 Disorders of vestibular function メニエール病
0208 Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0806 Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
0209 Leukaemia 白血病	0807 Other disorders of ear その他の耳疾患
0210 Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	IX Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0211 Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患
III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0301 Anaemias 貧血	0903 Other forms of heart disease その他の心疾患
0302 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0904 Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患	0905 Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害	0906 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
0402 Diabetes mellitus 糖尿病	0907 Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	0908 Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
V Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	0909 Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0501 Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆	0910 Haemorrhoids 痔核
0502 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0911 Hypotension 低血圧症
0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害者及び妄想性障害	0912 Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患
0504 Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	
0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
0506 Mental retardation 知的障害(精神遅滞)	
0507 Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害	

X Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患	1309 Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1001 Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)	1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
1002 Acute pharyngitis and tonsillitis 急性咽頭炎及び急性扁桃炎	XIV Diseases of the genitourinary system 腎尿路生殖器系の疾患
1003 Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症	1401 Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
1004 Pneumonia 肺炎	1402 Renal failure 腎不全
1005 Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎	1403 Urolithiasis 尿路結石症
1006 Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1404 Other diseases of urinary system その他の腎尿路系の疾患
1007 Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1405 Hyperplasia of prostate 前立腺肥大(症)
1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎	1406 Other diseases of male genital organs その他の男性生殖器の疾患
1009 Chronic obstructive pulmonary disease 慢性閉塞性肺疾患	1407 Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害
1010 Asthma 喘息	1408 Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
1011 Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患	XV Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
X I Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1501 Pregnancy with abortive outcome 流産
1101 Dental caries う蝕	1502 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠高血圧症候群
1102 Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患	1503 Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
1103 Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害	1504 Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1104 Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	XVI Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1105 Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	1601 Disorders related to length of gestation and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1106 Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	1602 Others その他の周産期に発生した病態
1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	XVII Congenital malformations, deformations and chromo-somal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1108 Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)	1701 Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1109 Other disorders of liver その他の肝疾患	1702 Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1110 Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 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
1111 Diseases of pancreas 膵疾患	1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 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
1112 Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	1901 Fracture 骨折
1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1902 Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1202 Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1903 Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1203 Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1904 Poisoning 中毒
X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格及び結合組織の疾患	1905 Others その他の損傷及びその他の外因の影響
1301 Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	XIX Special purpose code 特殊目的コード
1302 Arthrosis 関節症	2210 Severe acute respiratory syndrome 重症急性呼吸器症候群[SARS]
1303 Spondylopathies 脊椎障害(脊椎症を含む)	2220 Other special purpose codes その他の特殊目的コード
1304 Intervertebral disc disorders 椎間板障害	
1305 Cervicobrachial 頸腕症候群	
1306 Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛	
1307 Other dorsopathies その他の脊柱障害	
1308 Shoulder lesions 肩の傷害(損傷)	

Important: No. 1503 with asterisk is not covered by the social insurance
1503番は健康保険は適用されません