

# 健康保険 被保険者・被扶養者 海外療養費支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被保険者等 記号・番号	記号	番号				被保険者氏名					
						被保険者生年月日	昭和・平成	年	月	日	
被保険者住所	〒 ー TEL: ( )										
事業所名称 及び所在地	名称		所在地								
被扶養者に 関する 申請のとき	氏名			生年月日			被保険者との続柄				
				昭和・平成・ 令和			年			月	日
傷病名						発症又は 負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日	
発病又は負傷の原因 及びその経過											
診療を受けた病院等の 名称及び所在地	名称			所在地				医師氏名			
診療の期間	(自)		(至)		日数		診療の種類				
	年	月	日	年	月	日	日間	入院・外来・調剤			
入院の場合、入院期間	年	月	日	年	月	日	日間	診療に要した費用の額			
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							第三者行為に よるものですか	はい・いいえ			
公金受取口座	<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します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)									
振込希望口座											
金融機関コード	銀行コード				支店コード			□座 名 義 人	フリガナ		
金融機関名称	銀行 信組			本店 出張所							
	金庫 その他			支店 その他							
種別	普通・当座	口座番号									

令和 年 月 日 提出

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

## 《委任状》

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所

氏名

代理人 住所

氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付印

Request to Attending Physician  
(担当医への御願い)

2/4

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 (患者名) _____ Age(年齢) _____ Sex(性別) _____
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表番号国際疾病分類番号 (裏面参照) _____
3	Date of First Diagnosis : _____ 初診日
4	Days of Diagnosis and Treatment : _____ days 診療日数
5	Type of Treatment 治療の分類 <input type="checkbox"/> Hospital From _____ to _____ (days) 入院 自 _____ 至 _____ (日間)  <input type="checkbox"/> Out patient or Home Visit : ① _____ ② _____ 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 治療は事故の障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 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 \_\_\_\_\_

Form B  
様式 B

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。

### Itemized Receipt 領収明細書

(1)Free 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 Last First  
名前 姓 名

AddressHome Phone  
自宅 電話

Office Phone  
病院又は診療所 電話

Dat Signature  
日付 署名

## 海外療養費支給申請書の診療内容明細翻訳文

1. 患者名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

疾病分類番号 : \_\_\_\_\_

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 記 入

住 所 : \_\_\_\_\_

名 称 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

※翻訳は申請者ご本人でも構いません。

大東建託健康保険組合

社会保険表章用国際疾病分類表 (参考資料)  
Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance

I 感染症及び寄生虫症

- Certain infectious and parasitic diseases  
0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases  
0102 結核 Tuberculosis  
0103 主として性的伝播様式をとる感染症  
Infections with a Predominantly sexual mode of transmission  
0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患  
Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions  
0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis  
0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases  
0107 真菌症 Mycoses  
0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症  
Sequelae of infectious and parasitic diseases  
0109 その他の感染症及び寄生虫症  
Other infectious and parasitic diseases

II 新生物 Neoplasms

- 0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach  
0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon  
0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物  
Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum  
0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物  
Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts  
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物  
Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast  
0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus  
0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma  
0209 白血病 Leukaemia  
0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms  
0211 良性新生物及びその他の新生物  
Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

- Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism  
0301 貧血 Anaemias  
0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害  
Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

- Endocrine, nutritional and metabolic diseases  
0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland  
0402 糖尿病 Diabetes mellitus  
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患  
Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の傷害

- Mental and behavioural disorders  
0501 血管性及び詳細不明の痴呆  
Vascular dementia and Unspecified dementia

- 0502 精神作用物質使用による精神及び行動の傷害  
Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use  
0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害  
Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders  
0504 気分(感情)障害(躁うつ病を含む) Mood[affective] disorders  
0505 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害  
Neurotic, stress-related and somatoform disorders  
0506 精神遅滞 Mental retardation  
0507 その他の精神及び行動の障害  
Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system

- 0601 パーキンソン病 Parkinson's disease  
0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease  
0603 てんかん Epilepsy  
0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群  
Cerebral palsy and other paralytic syndromes  
0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system  
0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

- 0701 結膜炎 Conjunctivitis  
0702 白内障 Cataract  
0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation  
0704 その他の眼及び付属器の疾患  
Other diseases of the eye and adnexa

VIII 耳及び乳様突起の疾患

- Diseases of the ear and mastoid process  
0801 外耳炎 Otitis externa  
0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear  
0803 中耳炎 Otitis media  
0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患  
Other diseases of middle ear and mastoid  
0805 メニエール病 Disorders of vestibular function  
0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear  
0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear

IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

- 0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases  
0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases  
0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease  
0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage  
0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage  
0906 脳梗塞 Occlusion of per cerebral and cerebral arteries  
0907 脳動脈硬化(症) Cerebral arteriosclerosis  
0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases  
0909 動脈硬化(症) Atherosclerosis  
0910 痔核 Haemorrhoids  
0911 低血圧 Hypotension  
0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

X 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system

- 1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ]  
Acute nasopharyngitis [common cold]
- 1002 急性咽頭炎及び急性扁桃腺  
Acute pharyngitis and tonsillitis
- 1003 その他の急性上気道感染症  
Other acute upper respiratory infections
- 1004 肺炎 Pneumonia
- 1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎  
Acute bronchitis and bronchiolitis
- 1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis
- 1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis
- 1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎  
Bronchitis, not specified as acute or chronic
- 1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease
- 1010 喘息 Asthma
- 1011 その他の呼吸器系の疾患  
Other diseases of respiratory system

X I 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system

- 1101 う蝕 Dental caries
- 1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases
- 1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害  
Other disorders of teeth and supporting structures
- 1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer
- 1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis
- 1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease
- 1107 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)  
Chronic hepatitis, not elsewhere classified
- 1108 肝硬変 (アルコール性のものを除く)  
Liver cirrhosis not elsewhere classified
- 1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver
- 1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis
- 1111 膵疾患 Diseases of pancreas
- 1112 その他の消化器系の疾患  
Other diseases of digestive system

X II 皮膚及び皮下組織の疾患

- Diseases of the skin and subcutaneous tissue
- 1201 皮膚及び皮下組織の感染症  
Infections of the skin and subcutaneous tissue
  - 1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema
  - 1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患  
Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue

X III 筋骨格系及び結合組織の疾患

- Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
- 1301 炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies
  - 1302 関節症 Arthrosis
  - 1303 脊椎障害 (脊椎症を含む) Spondylopathies
  - 1304 椎間板障害 Intervertebral disc disorders
  - 1305 頸腕症候群 Cervicobrachial
  - 1306 腰痛症及び坐骨神経痛 Low back pain and sciatica
  - 1307 その他の脊柱障害 Other dorsopathies
  - 1308 肩の障害 Shoulder lesions
  - 1309 骨の密度及び構造の障害  
Disorders of bone density and structure
  - 1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患  
Other diseases of skeletal muscles and connective tissues

X IV 尿路生殖器系の疾患 Diseases of the genitourinary system

- 1401 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 Glomerular diseases

- 1402 腎不全 Renal failure
- 1403 尿路結石症 Urolithiasis
- 1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system
- 1405 前立腺肥大 (症) Hyperplasia of prostate
- 1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs
- 1407 月経障害及び閉経周辺期障害  
Menopausal and postmenopausal disorders
- 1408 乳房及びその他女性性器の疾患  
Other disorders of breast and female genital organs

X V 妊娠、分娩及び産じょく

- Pregnancy, childbirth and the puerperium
- 1501 流産 Pregnancy with abortive outcome
  - 1502 妊娠中毒症  
Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium
  - 1503\* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
  - 1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく  
Others Pregnancy, childbirth and the puerperium

X VI 周産期に発生した病態

- Certain conditions originating in the perinatal period
- 1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害  
Disorders related to length of gestation and fetal growth
  - 1602 その他の周産期に発生した病態  
Others Certain conditions originating in the perinatal period

X VII 先天奇形、変形及び染色体異常

- Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
- 1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
  - 1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常  
Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

X VIII 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  
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
- 1800 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  
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified

X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響

- Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
- 1901 骨折 Fracture
  - 1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷  
Intracranial damage and internal organ damage
  - 1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions
  - 1904 中毒 Poisoning
  - 1905 その他の損傷及びその他の外因の影響  
Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

注：1503番 (\*印) は社会保険は適用されません。  
Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.

(別 紙)

調査に関わる同意書  
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\_\_\_

大東建託健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、大東建託健康保険組合の職員又は大東建託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、パスポートを大東建託健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Daito trust construction health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Daito trust construction 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・押印欄**

Signature

署名・押印は、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、押印して下さい。

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) \_\_\_\_\_ 印  
(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 6 ヶ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_

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

※ This agreement of authorization expires 6 months 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.