

## 被保険者の皆さんに

1. 被保険者又はその家族が海外に在住中又は旅行中に負傷したり疾病にかかった場合の費用については、国内における**保険診療の範囲内**で償還されます。
2. 償還手続に必要な書類は、健康保険<sup>被保険者</sup><sub>家族</sub>療養費支給申請書とこの明細書の様式A・Bです。Aは担当の医師に、Bは担当の医師又は病院等の事務長に証明してもらってください。
3. A・B共に各月毎、入院・外来毎につき**1枚ずつ**証明してもらってください。  
例：4月に外来患者として通院し、途中で入院、5月半ばに退院した人は、外来分1枚、入院分2枚を必要とします。
4. Aの2、6及び7とBの(15)については邦訳を付し、訳者の住所・氏名を書いて下さい。訳者が本人の場合も書いて下さい。
5. 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。
6. 健康保険組合からは直接**海外送金**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。
7. 償還の請求は医師又は病院等に費用の支払をした日の翌日から数えて2年を経過するとできなくなるので御注意下さい。

## 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、かつ署名をして下さい。
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、この様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

診療内容明細書

FormA

様式 A

1. 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)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the 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 (P5～P8参照) \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_

**■邦訳（A）**

## 2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

## 6. 症状の概要

## 7. 処方、手術その他の処置の概要

|        |              |
|--------|--------------|
|        | 翻 訳 者 記 入 欄  |
| 名<br>前 | <div>④</div> |
| 住<br>所 | 電話_____      |

# 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 hospital / clinic. この様式は担当医又は病院事務長が書き、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。

## Itemized Receipt

領収明細書

Form B

様式 B

|      |                                |            |    |       |                       |
|------|--------------------------------|------------|----|-------|-----------------------|
| (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 _____<br>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

■邦訳 (B)

(15) その他 (項目明記)

|        |              |
|--------|--------------|
|        | 翻 訳 者 記 入 欄  |
| 名<br>前 | <div>Ⓔ</div> |
| 住<br>所 | 電話_____      |

# 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 Certain infectious and parasitic diseases

感染症及び寄生虫症

- 0101 Intestinal infectious diseases  
腸管感染症
- 0102 Tuberculosis  
結核
- 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
- 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
- 0105 Viral hepatitis  
ウイルス肝炎
- 0106 Other viral diseases  
その他のウイルス疾患
- 0107 Mycoses  
真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases  
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 0109 Other infectious and parasitic diseases  
その他の感染症及び寄生虫症

### II Neoplasms

新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach  
胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon  
結腸の悪性新生物
- 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
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts  
肝臓及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast  
乳房の悪性新生物
- 0207 Malignant neoplasm of uterus  
子宮の悪性新生物

- 0208 Malignant Lymphoma  
悪性リンパ腫

- 0209 Leukaemia  
白血病

- 0210 Other Malignant neoplasms  
その他の悪性新生物

- 0211 Other benign neoplasms and other neoplasms  
良性新生物及びその他の新生物

### 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

- 0301 Anaemias  
貧血

- 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

### IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases

内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland  
甲状腺障害

- 0402 Diabetes mellitus  
糖尿病

- 0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism  
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

### V Mental and behavioural disorders

精神及び行動の障害

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

- 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

- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders  
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害

- 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  
精神遅滞

0507 Other psychoses and disorders of action  
その他の精神及び行動の障害

## **VI Diseases of the nervous system** 神経系の疾患

0601 Parkinson's disease  
パーキンソン病

0602 Alzheimer's disease  
アルツハイマー病

0603 Epilepsy  
てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害

0606 Others  
その他の神経系の疾患

## **VII Disease of the eye and adnexa** 眼及び付属器の疾患

0701 Conjunctivitis  
結膜炎

0702 Cataract  
白内障

0703 Disorders of refraction and accommodation  
屈折及び調節の障害

0704 Other diseases of the eye and adnexa  
その他の眼及び付属器の疾患

## **VIII Diseases of the ear and mastoid process** 耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa  
外耳炎

0802 Other disorders of external ear  
その他の外耳疾患

0803 Otitis media  
中耳炎

0804 Other diseases of middle ear and mastoid  
その他の中耳及び乳様突起の疾患

0805 Disorders of vestibular function  
メニエール病

0806 Other diseases of innar ear  
その他の内耳疾患

0807 Other disorders of ear  
その他の耳疾患

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

0901 Hypertensive diseases  
高血圧性疾患

0902 Ischaemic heart diseases  
虚血性心疾患

0903 Other forms of heart disease  
その他の心疾患

0904 Subarachnoid hemorrhage  
くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage  
脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries  
脳梗塞

0907 Cerebral arteriosclerosis  
脳動脈硬化(症)

0908 Other cerebrovascular diseases  
その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis  
動脈硬化(症)

0910 Haemorrhoids  
痔核

0911 Hypotension  
低血圧(症)

0912 Other disorders of circulatory system  
その他の循環器系の疾患

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

1001 Acute nasopharyngitis [common cold]  
急性鼻咽頭炎 [かぜ]

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis  
急性咽頭炎及び急性扁桃炎

1003 Other acute upper respiratory infections  
その他の急性上気道感染症

1004 Pneumonia  
肺炎

- 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis  
急性気管支炎及び急性細気管支炎
- 1006 Vasomotor and allergic rhinitis  
アレルギー性鼻炎
- 1007 Chronic sinusitis  
慢性副鼻腔炎
- 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
- 1009 Chronic obstructive pulmonary disease  
慢性閉塞性肺疾患
- 1010 Asthma  
喘息
- 1011 Other diseases of respiratory system  
その他の呼吸器系の疾患

## **XI Diseases of the digestive system**

消化器系の疾患

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

## **XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue**

皮膚及び皮下組織の疾患

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

## **XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue**

筋骨格系及び結合組織の疾患

- 1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性関節障害
- 1302 Arthrosis  
関節症
- 1303 Spondylopathies  
脊椎障害（脊椎症を含む）
- 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
- 1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害
- 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

## **XIV Diseases of the genitourinary system**

尿路性器系の疾患

- 1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
- 1402 Renal failure  
腎不全
- 1403 Urolithiasis  
尿路結石症
- 1404 Other diseases of urinary system  
その他の尿路系の疾患
- 1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大（症）



- 1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性性器の疾患
- 1407 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経周辺期障害
- 1408 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房及びその他の女性性器の疾患

**XV Pregnancy, childbirth and the puerperium**  
妊娠、分娩及び産じょく

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

**XVI Certain conditions originating in the perinatal period**  
周産期に発生した病態

- 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
- 1602 Others  
その他の周産期に発生した病態

**XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities**  
先天奇形、変形及び染色体異常

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

**XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified**  
病状、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

- 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

**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

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

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.

1503番（＊印）は社会保険は適用されません。

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\_\_\_\_

東部ゴム健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、東部ゴム健康保険組合が、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、パスポートを東部ゴム健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: ToubuGomu Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize ToubuGomu 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 12 ヶ月間です。

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

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

※ This agreement of authorization expires 12 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.