

支給額	円
-----	---

請求額	円
一部負担	円

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	

被保険者
家族 海外療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	—	事業所の 名称・所在地	〒			
傷病名			発病又は負傷の年月日	年 月 日		
発病又は負傷の原因			生年月日	年 月 日		
傷病の経過						
入院・外来の別	入院・外来		診療を受けた国名			
診療又は手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			所在地 及び 電話番号		
	氏名					
診療又は手当の内容	入院期間 ~					
診療又は手当を 受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			診療又は手当に 要した費用		
海外療養を受けた理由	旅行・駐在・その他()					
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無			加害者の氏名		
				加害者の住所		
被扶養者に関する 申請のとき	氏名			生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄

<p>日本信号健康保険組合 理事長 殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>尚、私は 貴組合がこの請求内容について海外療養担当者、事業主等に照会することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p>

*在職中の方は事業主経由で療養費を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	<p>本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。</p> <p>事業所名</p> <p>被保険者氏名</p>
-----	---

受付印

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

様式 A

診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last,First) 患者名 _____		
	Age (Date of Birth) 年齢 (生年月日) _____	Sex (Male・Female) 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		
	<input type="checkbox"/> Hospitalization: 入院	From 自 _____, _____ to 至 _____, 20____ (____ days) 日間	
	<input type="checkbox"/> 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 ? 治療は事故の傷害によるものですか。		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) Consultaion	診察費	\$		
(7) Operation	手術費	\$		
(8) Professional Nnrsing	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) Anaethetics	麻酔費	\$		
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$		
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$	\$	\$
		Unit is		
		(貨幣単位)		
(16) Total	合計	\$		

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charg.
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 :	

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 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

Ⓜ

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 Sense 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 Occlusion 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、分娩及び産じよくの合併症
- 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、分娩及び産じよくの合併症

- 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、徴候及び診断名不明確の状態
- 94 Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions
症状、徴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 frugs, medicaments and dioligical 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。