

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

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

支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間
------	---------	---------	----

海外療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の記号・番号		被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 所在地	電話 局 番 〒
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				
傷病の経過				
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 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日			
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額 金 円也
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由				
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	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号)			
〒				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名 ㊟				
事業所電話 ()				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 日 〒				
住所 被保険者の 昭和産業健康保険組合理事長 殿 氏名 ㊟				

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

領収（診療）明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜		検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術	薬剤	回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 回			
入院	1月未満	日間 (日～ 日)	その他		回
	1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日)	合計		
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 住所 〒 医師 氏名					

(注意事項)
 1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。
 2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
 3. 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日	請求した被保険者 被扶養者 療養費の受領に関すること。
	年 月 日	〒 _____ 被保険者の 住所 氏名 _____ 印
		〒 _____ 代理人の 住所 氏名 _____ 印
振込希望の銀行		銀行 支店 (普通 第 号)

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(Last,First) Age(Date of Birth) Sex(Male · Female)
患者名 _____ 年令 (生年月日) _____ 性別 (男 · 女)

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彰用国際疾病分類番号 (裏面参照)

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

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

5. Type of Treatment
治療の分類

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

Out patient or Home Visit : _____, 20_____, _____, 20_____
入院外 _____, 20_____, _____, 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 _____

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 師 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 _____ Title _____
名前 姓 名

Address : Home 自宅 _____ Phone _____
住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date _____ Signature _____
日付 署名

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
 ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex M F
 性別 男 女

Initial Office Visit 初診日 _____ Days of services 診療日数 _____ days

Tooth Number 歯式																										
R Permanent Tooth 永久歯										L Milky Tooth 乳歯																
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)
1. Examination 診察		_____	8. Filling Amal. 充填 アマルガム	1 serf _____	_____
2. X-Ray レントゲン	Bite-wings 咬翼型 ×	_____	2 serf _____		
診察	Periapical 標準型 ×	_____	3 Serf _____		
	Panoramic パノラマ ×	_____	Comp. 複合 1 serf _____		
Models スタディモデル		_____	レジン 2 serf _____		
3. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	3 serf _____		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去		_____	面 _____		
Fluoride フッ素物塗布		_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		
5. Extraction 抜歯		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	Post c Core メタルコア		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	11. Crown 冠 Porcelain / Gold ボーセレン・金		
7. Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Silver Alloy 銀合金		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	Other その他		
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____	_____	12. Bridge Work ブリッジ Abut 支台歯		
	2 canal _____	_____			
	3 canal _____	_____			
	根管 _____	_____	Pontic ダミー		
			13. Plate Denture 有床義歯		
			14. Other その他 _____		

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Total Fee (合計)

Date (日付)

Signature (署名)

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

<u>I 感染症及び寄生虫症</u> Certain infectious and parasitic diseases	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
0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases	0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0102 結核 Tuberculosis	0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む） Mood[affective] disorders
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	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
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	0506 精神遅滞 Mental retardation
0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis	0507 その他の精神及び行動の障害 Other psychoses and disorders of action
0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases	
0107 真菌症 Mycoses	<u>VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system</u>
0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症 Sequelae of infectious and parasitic diseases	0601 パーキンソン病 Parkinson's disease
0109 その他の感染症及び寄生虫症	0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease
	0603 てんかん Epilepsy
<u>II 新生物 Neoplasms</u>	0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach	0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon	0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system
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	<u>VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa</u>
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung	0701 結膜炎 Conjunctivitis
0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast	0702 白内障 Cataract
0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus	0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma	0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa
0209 白血病 Leukaemia	
0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms	<u>VIII 耳及び乳様突起の疾患</u> Diseases of the ear and mastoid process
0211 良性新生物及びその他の新生物 Other benign neoplasms and other neoplasms	0801 外耳炎 Otitis externa
	0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
<u>III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</u> Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	0803 中耳炎 Otitis media
0301 貧血 Anaemias	0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患 Other diseases of middle ear and mastoid
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	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
<u>IV 内分泌、栄養及び代謝疾患</u> Endocrine, nutritional and metabolic diseases	0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear
0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland	<u>IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system</u>
0402 糖尿病 Diabetes mellitus	0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism	0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
	0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
<u>V 精神及び行動の傷害</u> Mental and behavioural disorders	0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
0501 血管性及び詳細不明の痴呆 Vascular dementia and Unspecified dementia	0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
	0906 脳梗塞 Occlusion of percerebral 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炎 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 腰痛症及び座骨神経痛 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 泌尿器系の疾患 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____

昭和産業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、昭和産業健康保険組合の職員又は昭和産業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、パスポートを昭和産業健康保険組合名に提示することも併せて同意します。

To: Showa-sangyo Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Showa-sangyo 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ヵ月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

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

※ This agreement of authorization expires 6 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.