被保険者のみなさんへ

|  |
| --- |
| １．被保険者またはその家族が海外に在住中また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．償還手続きに必要な書類は、「　　　療養費支給申請書」（ホームページよりダウンロードできます）と様式A（歯科の場合はC）・Bです。担当の医師に証明してもらってください。被保険者家　　族３．どの様式も、個人ごと、各月ごと、入院・外来ごとにつき**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（4月分）、入院分2枚（4・5月分）を必要とします。４．Aの2・6・7、Bの⑽・⑾・⒂、Cの患歯部位等については邦訳（Ａ）（Ｂ）（Ｃ）を付し、翻訳者の住所・氏名を書いてください。翻訳者が本人の場合も書いてください。５．海外から申請するときは、**事業主（退職者は留守家族も可）**を経由してください。６．出版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りますので、連絡を取るようにしてください（退職者は被保険者の銀行（国内）に振込となります）。７．償還の請求は、医師または病院等に費用の支払い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、ご注意ください。 |

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 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、かつ署名してください。

3．One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

　 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician’s Statement

Form A　　　　　　　　　　　　　　　診　療　内　容　明　細　書

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 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（P8～P10参照）

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（No.　　　）

3．Date of first Diagnosis　　　.　　　.

　　　　初　　　診　　　日

4．Days of Diagnosis and Treatment　　　　　　　days

　　　　治　療　日　数　　　　　　　　　　　　　　　　日間

5．Type of Treatment

　　　　治 療 の 分 類

　　□Hospitalization　　　Form　　　　 / 　　　　/ 　　　　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：Fill in Form B

　　　　医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳　　　　　 ：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（病院または診療所）　　　　　　　　 　　　　　　　　 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

|  |
| --- |
| ■邦訳（A）２．傷病名及び健康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　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞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、かつ署名してください。

3．One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

　 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt

Form B　　　　　　　　　　　　　　　　　　領　収　明　細　書

様 式B

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑴ | Fee for Initial Office Visit | 初診料 |  | $ |  |
| ⑵ | Fee for Follow-up Office Visit | 再診療 |  | $ |  |
| ⑶ | Fee for Home Visit | 往診療 |  | $ |  |
| ⑷ | Fee for Hospital Visit | 入院管理料 |  | $ |  |
| ⑸ | Hospitalization | 入院費 |  | $ |  |
| ⑹ | Consultation | 診察費 |  | $ |  |
| ⑺ | Operation | 手術費 |  | $ |  |
| ⑻ | Professional Nursing | 職業看護師費 |  | $ |  |
| ⑼ | X-Ray Examination | X線検査費 |  | $ |  |
| ⑽ | 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。 |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
| ⑾ | Medicines\*\* | 医薬費 |  |  | \*\*Please fill in the name and the 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。 |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
| ⑿ | Surgical Dressing | 包帯費 |  | $ |  |
| ⒀ | Anesthetics | 麻酔費 |  | $ |  |
| ⒁ | Operating room Charge | 手術室費用 |  | $ |  |
| ⒂ | The Others (Specify) | その他 (項目明記) |  |  |  |
|  |  |  |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  | $ |  |
| ⒃ | Total | 合計 |  | $ | Unit is |  |
|  |  |  |  |  | 通貨単位 |

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

注　　 意：特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

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（病院または診療所）　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 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

|  |
| --- |
| ■邦訳（B）(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)　その他（特記事項）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　翻訳者　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞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、かつ署名してください。

3．One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

　 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form C　　　　　　　　　　　　　　 Attending Dentist’s Statement

様 式C　　　　　　　　　　　歯　科　診　療　内　容　明　細　書

|  |
| --- |
| 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．Date of first Diagnosis　　　　　　　　　　　　　　　　　3．Days of Diagnosis and Treatment　　　初　診　日　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　診療日数　　　　　　　　days |
| Permanent tooth | Primary tooth |
| (Upper) | (RIGHT) | 8　7　6　5　4　3　2　1 | 1　2　3　4　5　6　7　8 | (LEFT) | (RIGHT) | e　d　c　b　a | a　b　c　d　e | (LEFT) |
| (Lower) | 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 |
|  |  |

Type of Treatment　治療の分類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dental Treatment歯科治療 | Localization of Teeth Examined患歯部位 | Date | Fee治療費 |
| MO. | DA. | YR |
| Initial Office Visit初診料 |  | 12 | 31 | 1980 |  |
| X－Ray Examination レントゲン検査 |  |  |  |  |  |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄 |  |  |  |  |  |
| Operation 手術 |  |  |  |  |  |
| Extraction 抜歯 |  |  |  |  |  |
| Filling 充填 |  |  |  |  |  |
| Inlay インレー |  |  |  |  |  |
| Metal Crown 金属冠 |  |  |  |  |  |
| Post Crown 継続歯 |  |  |  |  |  |
| Jacket Crown ジャケット冠 |  |  |  |  |  |
| Bridge Work ブリッジ |  |  |  |  |  |
| Plate Denture 有床義歯Partial Denture 局部義歯Complete Denture 総義歯 |  |  |  |  |  |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris歯槽膿漏処置 |  |  |  |  |  |
| Medicine 投薬 |  |  |  |  |  |
| The Others その他 |  |  |  |  |  |
| Total　合計 |  |

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（病院または診療所）　　　　　　　　　　　　 　　　　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（C）

|  |  |
| --- | --- |
| Permanent tooth | Primary tooth |
| (Upper) | (RIGHT) | 8　7　6　5　4　3　2　1 | 1　2　3　4　5　6　7　8 | (LEFT) | (RIGHT) | e　d　c　b　a | a　b　c　d　e | (LEFT) |
| (Lower) | 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 |
|  |  |

治療の分類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歯科治療 | 患歯部位 | 日付 | 治療費 |
| 月 | 日 | 年 |
| 初診料 |  |  |  |  |  |
| レントゲン検査 |  |  |  |  |  |
| 抜髄 |  |  |  |  |  |
| 手術 |  |  |  |  |  |
| 抜歯 |  |  |  |  |  |
| 充填 |  |  |  |  |  |
| インレー |  |  |  |  |  |
| 金属冠 |  |  |  |  |  |
| 継続歯 |  |  |  |  |  |
| ジャケット冠 |  |  |  |  |  |
| ブリッジ |  |  |  |  |  |
| 有床義歯極部義歯総義歯 |  |  |  |  |  |
| 歯槽膿漏処置 |  |  |  |  |  |
| 投薬 |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |

翻訳者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話