

被保険者の皆さんへ

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、「**被保険者家族療養費支給申請書**」(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。
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(10)・(11)・(15)、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、連絡を取るようになしてください(退職者は被保険者の銀行に振込となります)。
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

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	療	\$ _____	
(3)	Fee for Home Visit	往 診	療	\$ _____	
(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 Examination	X 線 検 査	費	\$ _____	
(10)	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。
				\$ _____	
				\$ _____	
				\$ _____	
				\$ _____	
(11)	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。
				\$ _____	
				\$ _____	
				\$ _____	
				\$ _____	
(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 (項 目 明 記)		\$ _____	
				\$ _____	
				\$ _____	
				\$ _____	
(16)	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)	Office (病院または診療所)	Phone (電話)
Date (日付)	: _____ - _____ - _____	Signature (署名)	Phone

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
様式C

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

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. Date of first Diagnosis 初診日 _____			3. Days of Diagnosis and Treatment 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) (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	

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	

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 _____