

海外療養費の申請にあたって

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. 償還手続きに必要な書類は、健康保険被保険者又は家族（被扶養者）療養費支給申請書、様式A（診療内容明細書）・様式B（領収明細書）・領収書（原本）・調査に関わる同意書・パスポートの写し（顔写真のページ及び渡航歴のわかるページ）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（1）受診者（2）受診月（3）医療機関（4）入院・外来それぞれ一枚ずつ証明をもらってください。
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. 歯科医で診療された方は、海外診療報酬（歯科）明細書に治療箇所を記入してもらってください。
5. Aの2、6及び7とBの（15）については裏面に翻訳を付し、訳者の住所・氏名を書いてください。訳者が本人の場合も書いてください。
6. 海外から申請するときは事業主を経由して下さい。
7. 健康保険組合から直接海外へ送金はいたしません。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。
8. 償還の請求は医師又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 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、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Form A

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(附録参照)

_____ (No.)

3. Date of First Diagnosis: _____, 20
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	
名前	
住所	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 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

Itemized Receipt

様式 B

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 _____
貨幣単価

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 前	
住 所	電話 _____

海外診療報酬（歯科）明細書

Request to Attending Dentist

歯科医へのお願い

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 dentist.
この様式は歯科医が書き、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、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist'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 年齢(生年月日) 性別(男・女)
2. Date of First Diagnosis: _____
初診日
3. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 日間

Itemized Receipt

領収明細書

IDENTIFY MISSING TEETH WITH 'X'	TOOTH # OR LETTER	NAME OF ILLNESS 傷病名	SURFACE 治療面	DESCRIPTION OF SERVICE (INCLUDING X-RAYS, PROPHYLAXIS, MATERIALS USED ETC.) 処置内容(X線写真、予防処置、使用材料等を含む)	DATE SERVICE PERFORMED MO. DAY YEAR 治療日	FEE
<p>UPPER RIGHT PERMANENT LEFT LOWER LEFT</p> <p>FACIAL LINGUAL FACIAL</p> <p>'X', REMARKS FOR UNUSUAL SERVICES</p>				1.		
				2.		
				3.		
				4.		
				5.		
				6.		
				7.		
				8.		
				9.		
				10.		
				11.		
				12.		
				13.		
				14.		
				15.		
					TOTAL FEE 合計	

Description of Services (If Other Than Above) 上記以外の処置

Name and Address of Attending Dentist
歯科医の名前及び住所

Name 名前: Last 姓

Title 称号

Address 住所: Home 自宅

Phone 電話

Office 診療所

Phone 電話

Date 日付

Signature 署名

Attending Dentist 歯科医

Reference Number of your Dental Record (if applicable)
診療録の番号

■邦訳（※太枠内については邦訳してください。）

処置内容（X線写真・予防処置・使用材料等含む。）

上記以外の処置

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話 _____

調査に関わる同意書（海外療養費）

・治療開始日 _____年____月____日

・被保険者
(氏名) _____

・療養を受けた者

(氏名) _____

(被保険者との関係)
本人 ・ 妻 ・ 子 ・ その他 (_____)

(住所) _____

(生年月日) _____年____月____日

静岡県西部機械工業健康保険組合 理事長 様

私（療養を受けた者）_____と、被保険者 _____は、貴静岡県西部機械工業健康保険組合が、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、上記の確認にあたり、貴静岡県西部機械工業健康保険組合が要求したパスポートの写しを提供することに同意します。

署名欄

※乳幼児等で署名ができない場合は、法定代理人が記入願います。

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) _____年____月____日

(被保険者との関係)
本人 ・ 妻 ・ 子 ・ その他 (_____)

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

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 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 腸管感染症	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	VI 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
II 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	VII 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
III 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
IV 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
V Mental Disorders 精神障害	VIII 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
- IX 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
虫垂炎
- 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
- X 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
- XI 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
- XII 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
- XIII 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(脊髄を除く)
- 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
その他の筋骨格系の結合組織の疾患
- XIV 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
- XV Certain Conditions Originating in the 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
- XVI 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
- XVII 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 drugs, medicaments and biological 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。