海外分

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（第　回目）

記入例

令和　年　月　日提出

○記入の方法は裏面を参照してください
○本申請に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑯委任状欄に記入してください

被保険者が記入するところ

① 被保険者の記号・番号	記号 1234 / 番号 567	② 被保険者（申請者）氏名	健保　一郎	
③ 被保険者の生年月日	昭和 / 平成 3 年 5 月 7 日	④ 事業所名	○○自動車㈱	
⑤ 被保険者（申請者）の現住所	〒 000-0000 東京都港区芝公園○－○－○　電話 03（XXXX）XXXX			
⑥ 療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名 健保　花子	生年月日 昭和 / 平成 / 令和 5 年 10 月 20 日	被保険者との続柄 妻	
⑦ 傷病名	急性胃腸炎	⑧ 発病または負傷の年月日（療養開始日）	平成 / 令和 2 年 7 月 10 日	
⑨ 発病または負傷原因	平・令 2 年 7 月 10 日（金）10 時　分頃　負傷・発病 （どこで・何のために・何をしていて・どのようにして） 急に激しい腹痛が起こり、医療機関を受診した。	⑩ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
⑫ 診療を受けた保険医療機関等	名称 北京○○病院	診療した医師名 ○○　○○		
	所在地 中国北京市○○区××××－×××			
⑬ 診療の期間入・通の別	自 令和 2 年 7 月 10 日 至 令和 2 年 7 月 10 日　1 日間	入院 / 通院	入院のときは入院期間 自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	
⑭ 診療の内容	点滴および投薬による治療を受けた。	診療に要した費用の額	12,000 円	
⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由（詳しく）	海外で診療のため			

⑯委任状

本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。

令和 2 年 8 月 10 日

被保険者	住所	東京都港区芝公園○－○－○		
	氏名	健保　一郎		
受領代理人	住所	東京都新宿区西新宿○－○－○		
	氏名	東京　太郎	委任者と代理人との関係	事業主
	電話番号	03-XXXX-XXXX		

東京都自動車整備健康保険組合

受付日付印

【注意事項】

◆ この請求が「被保険者」にかかる申請であるときは、⑦は「該当せず」と記入してください。

◆ ④･⑦の元号および⑪は、該当する文字をマルで囲んでください。

◆ 診療を受けたのではなく薬剤の支給のみを受けたときや､医師以外の者から手当を受けたときは、⑫から⑭まではそのように読み替えて記入してください。

◆ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を組合に申請のうえ、作成してこの申請書に添付してください。

※ 「第三者の行為」とは次のようなケースです。

・相手のある交通事故による負傷・不当な暴力、傷害行為による負傷

◆ 訂正するときは、必ず二重線で抹消し訂正印を押印してください、修正液等は使用しないでください。

◆ この申請書を提出する際は「領収証（原本)」「様式 A」「様式 B」「様式 C（歯科の場合)」「同意書」及び海外に渡航した事実が確認できるもの（パスポートの写しなど）の添付が必要となります。なお、外国語で書かれているものには日本語訳を添付し、訳者の住所・氏名を記入し押印してください｡添付書類の詳細については健康保険組合までお問い合わせください。

海外療養費を申請される加入者の皆様へ

被保険者またはその家族が海外に在住中や旅行中に、業務災害（労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第七条第一項第一号に規定する業務災害をいう。）以外での負傷や疾病にかかって療養の費用が発生した場合には、日本国内における保険診療の基準により算定した額に、一部負担金を控除した額が償還されます。なお、現に療養に要した費用の額（当時のレートで日本円に換算した額）を限度に支給されます。
（ただし、治療が目的で海外に渡航した場合は除きます。）

１．償還手続きに必要な書類は下記のとおりです。
医科の場合　①療養費支給申請書　②領収書（原本）
③様式Ａ「診療内容明細書」　④様式Ｂ「領収明細書」
歯科の場合　①療養費支給申請書　②領収書（原本）　③様式Ｃ「診療内容明細書」
様式Ａは国際疾病分類表を添えて担当医に証明してもらってください。
様式Ｂは担当医または病院等の事務長に証明してもらってください。
（特に様式Ａの傷病名・疾病分類番号、様式Ｂの通貨の単位は必ず記入してもらってください。）
様式Ｃは担当医に証明してもらってください。
それぞれの様式には**日本語訳**を添付し、訳者の住所・氏名を記入し押印してください。
第三者の翻訳が望ましいですが、やむを得ず本人が翻訳した場合でも住所・氏名を記入し押印してください。

２．様式A/B/Cの証明が受けられなかった場合は、病院発行の「診療明細書」「領収明細書」の原本を添付し申請いただいても結構です。
その場合でも、それぞれの**日本語訳**を必ず添付してください。（様式は問いませんが、様式A/B/Cの邦訳書式を使用していただくか、その内容に沿って作成してください。）

３．原則、支給申請書および様式A/B/Cのいずれも受診者ごと、各月ごと、病院ごと、入院・外来ごとに１枚ずつ記載し、証明してもらってください。

〇請求期限は、医師または病院等に費用を支払った日の翌日から数えて２年となっていますのでご注意ください。
〇各様式についてはコピーし、あるいは該当する言語により同内容の様式を作成し、申請いただいても結構です。

Request to Attending Physician

Form A

様式A

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、かつ署名してください。

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、この様式１枚が必要です。

Attending Physician's Statement

FormA

様式A

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. 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（Ｐ１～Ｐ４参照）

_____（No.　　）

3. Date of First Diagnosis(D/M/Y)：_____/_____/_____
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　　____/____/____ to ____/____/____
Home Visit　　____/____/____ to ____/____/____
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に記入

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_____

Hospital/Clinic Address 病院住所_____ 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_____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

Form B

担当医又は病院事務長へのお願い

様式 B

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 hospital/clinic. .
この様式は担当医又は病院事務長が書き、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.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式１枚が必要です。

Itemized　Receipt
領収明細書

FormB
様式Ｂ

(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) Anaethetics	麻　酔　費	_____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	_____	
(15) Others(Specify)	・	_____	
その他（項目明記）	・	_____	
	・	_____	貨幣単位
(16)Total	合　　計	_____	Unit is _____

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ください。

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 _____

Hospital/Clinic Address 病院住所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Form C

様式C

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 dentist.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month,one form for hospitalization,outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式１枚が必要です。

FormC
様式 C

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

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）

Date of First Diagnosis(D/M/Y)：_____/_____/_____
初診日

Days of Diagnosis and Treatment：_____days
診療日数　　日

Permanent tooth 永久歯																	Primary tooth 乳歯										
	RIGHT															LEFT		RIGHT										LEFT
(Upper)	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	
(Lower)	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	

Tooth No.or Letter 歯式	Description of Service 診療内容明細 (Including X-Rays,Prophylaxis.Materials used.ETC) （X線、歯垢の除去、使用される材料等を含む）	Date 日付			Amount 総額
		DA. 日	MO. 月	YR. 年	
		Total 合計			

Unit is _____
Name and Address of Attending Dentist　　貨幣単位
担当医の名前及び住所

Name 名前　Last 姓_____First 名_____Title 称号_____

Hospital/Clinic Address 病院住所_____Phone 電話_____

Date 日付_____Signature 署名_____
Attending Dentist 担当医

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

邦　訳

様式Ａ

診療内容明細書

様式Ａ

1.患者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢（生年月日）＿＿＿（＿＿＿＿＿＿＿）性別（男・女）

2.傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（Ｐ１～Ｐ４参照）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（No.　　）

3.初診日

4.診療日数 ＿＿＿＿＿＿＿＿日間

5.治療の分類

入 院 ： 自＿＿＿＿＿＿＿＿ 至 ＿＿＿＿＿＿（　　日間）

入院外： ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿（　　日間）

＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿（　　日間）

6.症状の概要

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7.処方、手術その他の処置概要

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8.治療は事故の傷害によるものですか。　　はい　　いいえ

9.項目別治療実費 ： 様式Ｂに記入

10.担当医の名前及び住所

名前 ： 姓＿＿＿＿＿＿ 名＿＿＿＿＿＿ 称号＿＿＿＿＿＿

住所 ： 病院又は診療所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話＿＿＿＿＿＿

日付＿＿＿＿＿＿ 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当医）

診療録の番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	翻　訳　者　の　記　入　欄
名前	㊞
住所	電話

邦　訳

様式 B

領収明細書

様式 B

(1)　初　　診　　料　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(2)　再　　診　　料　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(3)　往　　診　　料　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(4)　入院管理料　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(5)　入　　院　　費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(6)　診　　察　　費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(7)　手　　術　　費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(8)　職業看護婦費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(9)　X 線検査費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(10) 諸 検 査 費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(11) 医　　薬　　費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(12) 包　　帯　　費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(13) 麻　　酔　　費　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(14) 手術室費用　　＿＿＿＿＿＿＿＿
(15) そ　の　他　・　　＿＿＿＿＿＿＿＿
（項目明記）　　・　　＿＿＿＿＿＿＿＿
　　・　　＿＿＿＿＿＿＿＿　貨幣単位 ＿＿＿＿＿＿＿＿
(16)合　　計　　＿＿＿＿＿＿＿＿

注意　　：高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 ： 姓＿＿＿＿＿＿ 名＿＿＿＿＿＿ 称号＿＿＿＿＿＿

住所 ： 病院又は診療所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話＿＿＿＿＿＿

日付＿＿＿＿＿＿ 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	翻　訳　者　の　記　入　欄
名前	㊞
住所	電話

邦　訳

様式 C

歯科診療内容明細書

様式 C

患 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢（生年月日）＿＿＿＿＿＿＿　性別（男・女）

初 診 日: ＿＿＿＿＿＿＿

診療日数: ＿＿＿＿日

永久歯　（右）　（左）	乳歯　（右）　（左）
（上）　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
（下）　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

歯　式	診療内容明細（X線、歯垢の除去、使用される材料等を含む）	日付 日	日付 月	日付 年	総　額
		Total 合計			

貨幣単位 ＿＿＿＿＿＿＿

担当医の名前及び住所

名前 ： 姓＿＿＿＿＿＿ 名＿＿＿＿＿＿ 称号＿＿＿＿＿＿

住所 ： 病院又は診療所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話＿＿＿＿＿＿

日付＿＿＿＿＿＿＿＿ 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当医）

	翻　訳　者　の　記　入　欄
名前	㊞
住所	電話

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 Certain infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症

0101 Intestinal infectious diseases
腸管感染症

0102 Tuberculosis
結核

0103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
主として性的伝播様式をとる感染症

0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患

0105 Viral hepatitis
ウィルス肝炎

0106 Other viral diseases
その他のウィルス感染

0107 Mycoses
真菌症

0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症の続発、後遺症

0109 Other infectious and parasitic diseases
その他の感染症及び寄生虫症

Ⅱ Neoplasms
新生物

0201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物

0202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物

0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸の悪性新生物

0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物

0205 Malignant neoplasm of trachea. bronchus and lung
気官、気管支及び肺の悪性新生物

0206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物

0207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物

0208 Malignant Lymphoma
悪性リンパ腫

0209 Leukemia
白血病

0210 Other Malignant neoplasms
その他の悪性新生物

0211 Other benign neoplasms and other neoplasms
良性新生物及びその他の新生物

Ⅲ Diseases of the blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

0301 Anemia
貧血

0302 Other diseases of blood and blood- forming organs and certain disorders of the immune mechanism
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機の障害

Ⅳ Endocrine, nutritional and metabolic diseases
内分泌、栄養及び代謝疾患

0401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害

0402 Diabetes mellitus
糖尿病

0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

Ⅴ Mental and behavioural disorders
精神及び行動の障害

0501 Vascular dementia and Unspecified dementia
血管性及び詳細不明の痴呆

0502 Mental and behavioural disorders due to Psychoactive substance use
精神作用物質使用による精神及び行動の障害

0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
精神分裂症、分裂病型障害及び妄想性障害

0504 Mood 【affective】disorders
気分【感情】障害（躁うつ病を含む）

0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

0506 Mental retardation
精神遅滞

0507 Other psychoses and disorders of action
その他の精神及び行動の障害

Ⅵ Diseases of the nervous system
神経系の疾患

0601 Parkinson’s disease
パーキンソン病

0602 Alzheimer’s disease
アルツハイマー病

0603 Epilepsy
てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system

自律神経系の障害

0606 Others
その他の神経系疾患

Ⅶ Diseases of the eye and adnexa
眼及び付属器の疾患

0701 Conjunctivitis
結膜炎

0702 Cataract
白内障

0703 Disorders of refraction and accommodation
屈折及び調節の障害

0704 Other diseases of the eye and adnexa
その他の眼及び付属器の疾患

Ⅷ Diseases of the ear and mastoid process
耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa
外耳炎

0802 Other disorders of external ear
その他の外耳疾患

0803 Otitis media
中耳炎

0804 Other diseases of middle ear and mastoid
その他の中耳及び乳様突起の疾患

0805 Disorders of vestibular function
メニエール病

0806 Other diseases of inner ear
その他の内耳疾患

0807 Other disorders of ear
その他の耳疾患

Ⅸ Diseases of the circulatory system
循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases
高血圧性疾患

0902 Ischaemic heart diseases
虚血性心疾患

0903 Other forms of heart diseases
その他の心疾患

0904 Subarachnoid hemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage
脳内出血

0906 Occulusion of precerebral and cerebralarteries
脳梗塞

0907 Cerebral arteriosclerosis
脳動脈硬化（症）

0908 Other cerebrobascular diseases
その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis
動脈硬化（症）

0910 Hemorrhoids
痔核

0911 Hypotension
低血圧（症）

0912 Other disorders of circulatory system
その他の循環器系の疾患

X Diseases of the respiratory system
呼吸器系の疾患

1001 Acute nasopharyngitis〔common cold〕
急性鼻咽頭炎〔かぜ〕

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性咽頭炎及び急性扁桃炎

1003 Other acute upper respiratory infections
その他の急性上気道感染症

1004 Pneumonia
肺炎

1005 Acute bronchitis and bronchiolitis
急性気管支炎及び急性細気管支炎

1006 Vasomotor and allergic rhinitis
アレルギー性鼻炎

1007 Chronic sinusitis
慢性副鼻腔炎

1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic
急性又は慢性と明示されない気管支炎

1009 Chronic obstructive pulmonary disease
慢性閉塞性肺疾患

1010 Asthma
喘息

1011 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸器系の疾患

XI Diseases of the digestive system
消化器系の疾患

1101 Dental caries
う蝕

1102 Gingivitis and periodontal diseases
歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other disorders of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持組織の障害

1104 Gastric and duodenal ulcer
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍

1105 Gastritis and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎

1106 Alcoholic liver disease
アルコール性肝疾患

1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified
慢性肝炎（アルコール性のものを除く）

1108 Liver cirrhosis
肝硬変（アルコール性のものを除く）

1109 Other disorders of liver
その他の肝疾患

1110 Cholelithiasis and cholecystitis
胆石症及び胆のう炎

1111 Diseases of pancreas
膵疾患

1112 Other diseases of digestive system
その他の消化器系疾患

XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema
皮膚炎及び湿疹

1203 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

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis
関節症

1303 Spondylopathies
脊椎障害（脊椎症を含む）

1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害

1305 Cervicobrachial
頚腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛及び坐骨神経痛

1037 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の障害

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

XIV Diseases of the genitourinary system
尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure
腎不全

1403 Urolithiasis
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系疾患

1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大（症）

1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性性器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性性器の疾患

XV Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠中毒症

*1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩

1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

Important ： No.1503 with asterisk is not covered by the Social Insurance.
1503(*印)は社会保険は適用されません

XVI Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to length of gestation and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関する障害

1602 Others
その他の周産期に発生した病態

XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形

1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings,not elsewhere classified
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

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings,not elsewhere classified
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

XIX Injury, poisoning and certain other Consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱傷及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

（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____

東京都自動車整備健康保険組合　御中
私（療養を受けた者）、_____は、東京都自動車整備健康保険組合の職員又は東京都自動車整備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、パスポートを東京都自動車整備健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Tokyo car maintenance health insurance association
I (patient who has received treatment) authorize Tokyo car maintenance health insurance association 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 3 ヵ月間です。

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

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

※ This agreement of authorization expires 3 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.