

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 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 |   |   |

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

| 支給支払決議書 |   |   |   |
|---------|---|---|---|
|         |   |   |   |
| 資格取得    | 年 | 月 | 日 |
| 資格喪失    | 年 | 月 | 日 |
| 支払年月日   | 年 | 月 | 日 |

被保険者  
被扶養者 **海外療養費支給申請書**

(第 回目)

(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」を添付して下さい。




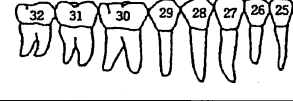
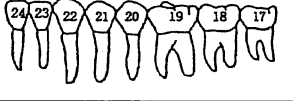

|  |                             |   |                |                         |    |                    |
|--|-----------------------------|---|----------------|-------------------------|----|--------------------|
| 被保険者証の<br>記号・番号  | 被保険者が勤<br>務する(してい<br>た)事業所の |   | 名 称            |                         |    |                    |
|  |                             |   | 所在地            |                         |    |                    |
| 傷 病 名  |                             |   | 発病又は負<br>傷の年月日 | 年                       | 月  | 日                  |
| 発 病 又 は<br>負 傷 の 原 因   |                             |   |                |                         |    |                    |
| 傷 病 の 経 過  |                             |   |                |                         |    |                    |
| 診療又は手当<br>を受けた医療<br>機関の名称・<br>所在地及び医<br>師の氏名                             | 名 称                         |   |                | 所 在 地<br>及 び 電<br>話 番 号 |    |                    |
|  | 氏 名                         |   |                |                         |    |                    |
| 診 療 又 は<br>手 当 の 内 容   |                             |   | 入 院 期 間        | 自                       | 年  | 月                  |
|  |                             |   |                | 至                       | 年  | 月                  |
|  |                             |   |                | 日                       | 日  | 日                  |
| 診 療 又 は 手 当<br>を 受 け た 期 間   | 自                           | 年 | 月              | 日                       | 日間 | 診療又は手当に<br>要した費用の額 |
|  | 至                           | 年 | 月              | 日                       |    |                    |
| 診療又は手当が<br>被保険者の選定<br>に係る特別の病<br>室の提供、その<br>他厚生大臣が定<br>める療養を含む<br>ときはその旨 |                             |   |                |                         |    |                    |
| 療養の給付又は<br>特定療養費もし<br>くは家族療養費<br>の支給を受ける<br>ことのできな<br>かった理由              |                             |   |                |                         |    |                    |
| 第三者の行為に<br>よる負傷である<br>とき   | その事実<br>と 届 出<br>の 有 無      |   |                | 加害者の氏名                  |    |                    |
|  |                             |   |                | 加害者の住所                  | 〒  |                    |
| 被扶養者に関する<br>申請のとき  | 氏 名                         |   |                | 生年<br>月日                | 年  | 月                  |
|  |                             |   |                |                         | 日  | 被保険者<br>との続柄       |
| 上記のとおり申請します。   |                             |   |                |                         |    |                    |
| 年 月 日  |                             |   |                |                         |    |                    |
| 〒  |                             |   |                |                         |    |                    |
| 被保険者の 住所<br>氏名   |                             |   |                |                         |    |                    |
| 東邦ガス健康保険組合理事長 殿  |                             |   |                |                         |    |                    |

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、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)<br>患者名 _____  | Age(Date of birth)<br>年齢(生年月日) _____  | Sex (Male · Female)<br>性別 _____   |
| 2. Date of first Diagnosis<br>初診日 _____   | 3. Days of Diagnosis and Treatment<br>診療日数 _____ days                                     |   |
| Permanent tooth   |   | Primary tooth   |
| (Upper) (RIGHT)  |          | (RIGHT)  |
| (Lower) (LEFT)   | (RIGHT)  | (LEFT)   |

| Type of Treatment 治療の分類                    | Dental Treatment<br>歯科治療 | Localization of Teeth Examined<br>患歯部位 | Date |     |     | Fee<br>治療費 |
|--|--------------------------|--|------|-----|-----|------------|
|  |                          |  | MO.  | DA. | YR. |            |
| Initial Office Visit 初診料                   |                          |  |      |     |     |            |
| 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<br>歯槽膿漏処置 |                          |  |      |     |     |            |
| Medicine 投薬                                |                          |  |      |     |     |            |
| The Others その他                             |                          |  |      |     |     |            |
| <b>Total 合計</b>                            |                          |  |      |     |     |            |

Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

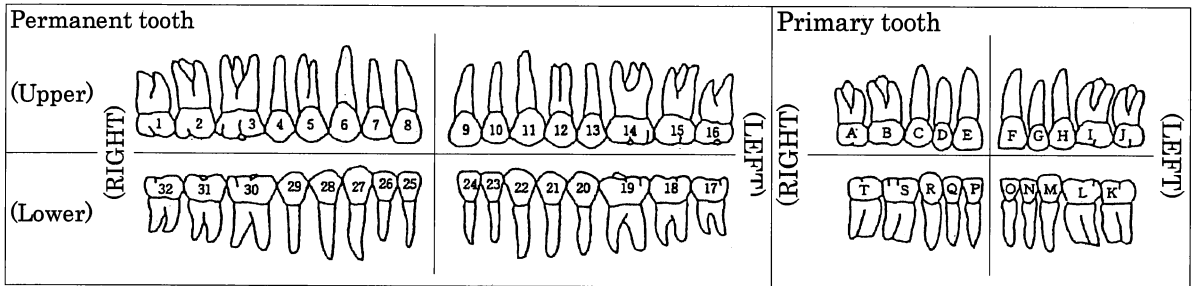
Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

様式C 邦訳



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<br>局部義歯<br>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

**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

**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**

I 感染症及び寄生虫症

Certain infectious and parasitic diseases

- 0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases
- 0102 結核 Tuberculosis
- 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
- 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
- 0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis
- 0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases
- 0107 真菌症 Mycoses
- 0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症  
Sequelae of infectious and parasitic diseases
- 0109 その他の感染症及び寄生虫症

II 新生物 Neoplasms

- 0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach
- 0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon
- 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
- 0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物  
Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
- 0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast
- 0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus
- 0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma
- 0209 白血病 Leukaemia
- 0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms
- 0211 良性新生物及びその他の新生物  
Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

- 0301 貧血 Anaemias
- 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

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

- 0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland
- 0402 糖尿病 Diabetes mellitus
- 0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患  
Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の障害

Mental and behavioural disorders

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

- 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
- 0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害  
Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
- 0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む） Mood[ffective] disorders
- 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
- 0506 精神遅滞 Mental retardation
- 0507 その他の精神及び行動の障害  
Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system

- 0601 パーキンソン病 Parkinson's disease
- 0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease
- 0603 てんかん Epilepsy
- 0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群  
Cerebral palsy and other paralytic syndromes
- 0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
- 0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system

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

- 0701 結膜炎 Conjunctivitis
- 0702 白内障 Cataract
- 0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
- 0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa

VIII 耳及び乳様突起の疾患

Diseases of the ear and mastoid process

- 0801 外耳炎 Otitis externa
- 0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
- 0803 中耳炎 Otitis media
- 0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患  
Other diseases of middle ear and mastoid
- 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
- 0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear

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

- 0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases
- 0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
- 0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
- 0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
- 0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
- 0906 脳梗塞 Occlusion of per cerebral 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 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 腰痛症及び坐骨神経痛 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.