

注 意 事 項

- 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・家族療養費支給申請書とこの冊子のA・Bです。Aは担当の医師に、Bは担当の医師又は病院などの事務長に証明してもらってください。
- 3 . A・Bともに各月毎、入院・外来毎につき**1枚ずつ**照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、入院分2枚を必要とします。
- 4 . Aの2,6及び7とBの(15)については裏面に邦訳を付し、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。
- 5 . 海外から申請するときは事業主(留守家族も可。)を経由してください。
- 6 . 健康保険組合からは直接海外送金は行われません。
- 7 . 償還の請求は医師又は病院等に費用の支払をした日の翌日から数えて2年間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・通院毎に付き、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容証明書

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
_____ (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
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	⑩
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 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・通院毎に付き、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ください。

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	再診料	\$ _____	
(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 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) Others (Specify)	その他 (項目明記)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

Unit is _____

(16) Total \$ _____ 貨幣単位

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 _____

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 _____