

支給決定決議書									
決裁日付印	伺年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計		
	支払年月日	年	月	日					
	支給額	円							
備考					資格	得	年	月	日
						喪	年	月	日
					支給	自	年	月	日
						至	年	月	日
					日間				



被保険者  
被扶養者

## 海外療養費支給申請書

(第 回目)

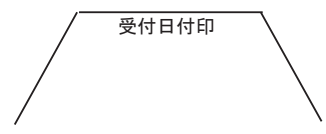
(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の記号・番号	第 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 所在地	電話	
傷病名			発病又は負傷の年月日	(和暦)	年 月 日
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称			所在地及び電話番号	
	氏名				
診療又は手当の内容			入院期間	自	年 月 日
				至	年 月 日
			コルセット装着日		年 月 日
診療又は手当を受けた年月日	自(和暦)	年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額(現地通貨で記載)	\$
	至(和暦)	年 月 日			
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかつた理由					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名			
		加害者の住所		〒	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行	銀行	支店(普通・当座 第 号)	口座名義(カタカナ)		
上記のとおり申請します。					
(和暦)	年	月	日	被保険者の住所	〒
				氏名	(印)
				SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿	電話

委任状	私は、 を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を				
	受領代理人に委任します。				
	令和 年 月 日	被保険者の住所	〒	氏名	(印)
		代理人の住所	〒	氏名	(印)
振込希望の銀行	銀行	支店(普通・当座 第 号)			

備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
	被保険者のマイナンバー記載欄

金	円也但し
うえの金額を領収いたしました。	
令和 年 月 日	
SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿	
受領者	住所 〒
	氏名 (印)



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 the table attached to this form).  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (p 7～p 10参照)  
\_\_\_\_\_  
(No. \_\_\_\_\_)
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_ ,  
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 : Form \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( days)  
入院 自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( 日間)  
 Outpatient or \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

## 診療内容明細書（海外分）翻訳

1. 患者名： \_\_\_\_\_ 生年月日  \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別：男・女
2. 傷病名：  
社会保険用国際疾病分類番号： \_\_\_\_\_
3. 初診日： 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日
4. 診療日数： \_\_\_\_\_ 日
5. 治療の分類  
入院： \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 日間）  
入院外： \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 日間）
6. 症状の概要  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. 処方、手術その他の処置の概要  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. 治療は事故の傷害によるものですか。  いいえ
9. 治療実費：様式B
10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所  
名前：姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
電話： \_\_\_\_\_
11. 翻訳者の名前及び住所  
名前： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
電話： \_\_\_\_\_

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。  
 ATTENDING DENTIST'S STATEMENT  
 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex  M  F  
 性別 男 女

Initial Office Visit 初診日 \_\_\_\_\_ Days of services 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Tooth Number 歯式																										
R Permanent Tooth 永久歯										L Milky Tooth 乳歯																
#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	
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	E	
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	E	
#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	

Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)
1. Examination 診察		_____	8. Filling Amal. 充填 アマルガム	1 serf _____ 2 serf _____ 3 serf _____	_____
2. X-Ray レントゲン	Bite-wings 咬翼型 × Periapical 標準型 × Panoramic パノラマ ×	_____	Comp. 複合 レジン	1 serf _____ 2 serf _____ 3 serf _____	_____
Models スタディモデル		_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
3. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去		_____	Post c Core メタルコア		_____
Fluoride フッ素物塗布		_____	11. Crown 冠 Porcelain / Gold ポーセレン・金		_____
5. Extraction 抜歯		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	Other その他		_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯 _____ Pontic ダミー _____	_____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	14. Other その他		_____
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____ 2 canal _____ 3 canal _____ 根管	_____			

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地) \_\_\_\_\_ Total Fee (合計) \_\_\_\_\_

Date (日付) \_\_\_\_\_ Signature (署名) \_\_\_\_\_

# 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。

## 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	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	\$ _____	* 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 (特 記 せ よ)		\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(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	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B 邦訳

(10)諸検査費の内訳（諸検査の内容）

---

---

---

---

---

(11)医療費の内訳（薬の名称、量）

---

---

---

---

---

※薬を処方された場合は、様式Cも作成します。

(15)特記事項

---

---

---

---

---

《翻訳者》

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

様式C 処方された薬の内訳(受診者ご本人の記入で構いません)

(1) 内服薬(内服薬): 決まった時間に飲むもの。朝・昼・夜1日3回など。

薬の名前	1日に飲む薬の合計 (該当する単位を○で囲んでください)		処方された日数
	mg ml cc	錠 個	
			日分
			日分
			日分
			日分
			日分
			日分

(2) 頓服薬: 症状が出た時に臨時に飲むもの。発熱時や痛みが出た時など。

薬の名前	1回に飲む薬の合計 (該当する単位を○で囲んでください)		処方された回数
	mg ml cc	錠 個	
			回分
			回分
			回分

(3) 外用薬: 身体の外側から作用させるもの。ぬり薬・目薬・貼薬など。

薬の名前	処方された量 (該当する単位を○で囲んでください)	
	枚 mg ml cc	個 枚

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
健康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	III	Diseases of the blood and 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傷害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	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構の傷害
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	IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	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
II	Neoplasms 新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	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
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	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患



VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	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
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患	X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

X II 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  
皮膚及び湿疹

1203 Others  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

X III 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 syndrome  
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions  
肩の傷害(損傷)

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

X IV Diseases of the genitourinary system  
腎尿路性器系の疾患

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  
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性生殖器の疾患

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生殖器の疾患

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

1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠高血圧症候群

※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

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

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others  
その他の周産期に発生した病態

X VII 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

X VIII 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

X IX 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  
熱湯及び腐食

1904 Poisoning  
中毒

1905 Others  
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.  
1503番(※印)は健康保険は適用されません。