

| 保 險 給 付 決 定 伺 い   |               |         |       |
|-------------------|---------------|---------|-------|
| 支 給 総 額           |               | 担 当 者   | 事 務 長 |
| 支 給 内 訳           | 療 養 費         |         |       |
|                   | 第 二 家 族 療 養 費 |         |       |
|                   | 一 部 負 担 還 元 金 | 資 格 取 得 | ・     |
|                   | 家 族 療 養 付 加 金 | 資 格 喪 失 | ・     |
| 高 額 療 養 費         |               |         |       |
| 合 算 高 額 療 養 付 加 金 |               |         |       |

被 保 険 者  
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 ( 海 外 療 養 費 )

|  |                              |                                     |                  |
|--|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| 被 保 険 者 証<br>記 号 ・ 番 号                                       | —                            | 事 業 所 名 称                           |                  |
| 傷 病 名  |                              | 発 病 ま た は<br>負 傷 年 月 日              | 平 成<br>令 和 年 月 日 |
| 発 病 ま た は 負 傷 の 原 因  |                              |                                     |                  |
| 傷 病 の 経 過  |                              |                                     |                  |
| 診 療 ま た は 手 当 の 内 容  |                              | 入 院 ・ 通 院 の 区 分                     | 入 院 ・ 通 院        |
| 診 療 ま た は 手 当 の 期 間  | 令 和 年 月 日 から<br>令 和 年 月 日 まで | 日 間<br>診 療 ま た は 手 当 に<br>要 し た 費 用 | 円                |
| 医 療 機 関 名 と 住 所  |                              |                                     |                  |
| 立 替 払 い の 理 由  | 海 外 で の 受 診 の た め            |                                     |                  |
| 傷 病 が 第 三 者 行 為 に よ る と き は<br>事 実 な ら び に 第 三 者 の 住 所 ・ 氏 名 |                              |                                     |                  |
| 被 扶 養 者 の 申 請 の 場 合 は<br>氏 名 ・ 生 年 月 日 ・ 続 柄                 | 氏 名                          | 生 年 月 日                             | 続 柄              |
|  |                              |                                     |                  |

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

令 和 年 月 日

住 所  
被 保 険 者  
氏 名

印

日 中 連 絡 可 能 な  
電 話 番 号 ( )

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。

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

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No.      )

3. Date of first Diagnosis

初診日 \_\_\_\_\_

4. Days of Diagnosis and Treatment

診療日数 \_\_\_\_\_ days

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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Fill in Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳: 様式Bによる

10. 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A 邦訳

2. 傷病名及び健康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

住所

---

氏名

㊞

---

電話

---

**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)      | Office(病院または診療所) | Phone(電話) |
| Date(日付) | Signature(署名) |                  | Phone     |

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) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

翻訳者

住所

氏名

電話



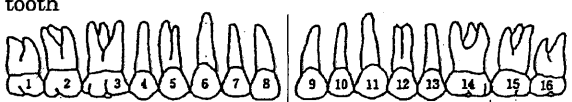
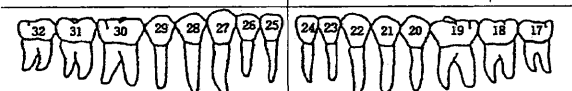
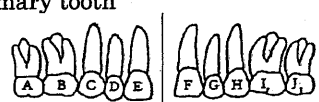
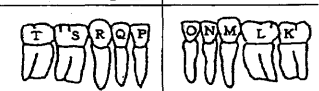
## Request to Attending Physician

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 |   |
| <b>Permanent tooth</b><br>(Upper)  (Lower)  |   | <b>Primary tooth</b><br>(Upper)  (Lower)  |

**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

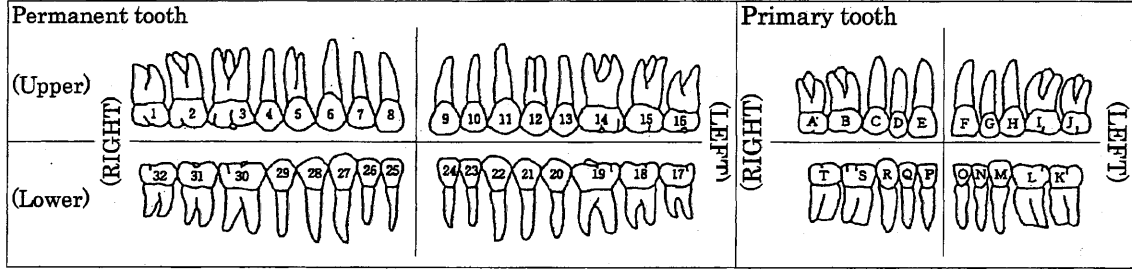
Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_  
 Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_  
Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Date(日付) \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_

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

⑧

電話

(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\_\_\_

中日新聞社健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、中日新聞社健康保険組合の職員又は中日新聞社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、パスポートを中日新聞社健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: The Chunichi Shimbun Company Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize The Chunichi Shimbun Company Health Insurance Society 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12ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

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

※ This agreement of authorization expires 12 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.