

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、「領収書」を添付してください。
「医師の証明書」のほか

被保険者等の 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	電 話	
			所在地		
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 至(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)	\$	
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 のできなかった理由					
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 〒 (印) 氏名 SMB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 〒 (印) 氏名 代理人の 住所 〒 (印) 氏名				
	振込希望の銀行 銀行 支店(普通・当座 第 号)				

備考	被保険者等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 SMB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 〒 (印) 氏名	

受付日付印

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. 毎月毎、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
担当医の名称及び住所
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： _____ 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											
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#17	#18	#19	#20	#21	#22	#23	#24
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8								
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17								

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

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		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
(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	\$		

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** 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。

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

電話

⑤

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。

薬の名称	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	個錠	
			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。

薬の名称	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	個錠	
			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。

薬の名称	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
		個枚
		個枚
		個枚
		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	Occclusion 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。