

A3用紙に印刷

健 保 組 合 使 用 欄	申 請 区 分	1. 立替払い等	1. システム登録前の受診 2. マイナ保険証等持参できず					常務理事		担当上司		担 当		
		2. 治療用装具	装具名											
			装着日	令和	年	月	日							
			支給種別	1. 初回支給 2. 補修 3. 再支給										
	3. 生血	輸血回数	回					受取代理人	海外表示	第三者	98条該当	公費区分		
支給決定額			円					無 ・ 有	1. 国内 2. 海外	1. なし 2. あり	1. 非該当 2. 該当	1. 非該当 2. 該当		

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（第 回目）

三谷健康保険組合理事長 殿

（海外療養費用）

（立替払等、治療用装具、生血）

被保険者等の記号・番号				記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください												被保険者 (申請者) の氏名		(フリガナ)		被保険者の生年月日										
	—																昭 ・ 平		年		月		日							
被保険者 (申請者) の住所	郵便番号			(フリガナ)																		電話番号								
																							—	—						
事業所(会社) の名称												事業所(会社) の所在地		TEL — —																
療養が被扶養者に 関するときは、 その方の	被扶養者の氏名										被扶養者の生年月日				被保険者との続柄															
	(フリガナ)										昭和 平成 令和						年			月			日							
傷 病 名														発病または負傷年月日(療養開始日)																
														昭和 平成 令和						年			月			日				
発病(負傷の場合は、右面の「負傷原因記入欄」を記入してください) の原因および経過														第三者行為によるものですか																
														いいえ ・ はい 「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください																
療養を受 けた医療 機関等	名 称										所在地										診察した医師の氏名									
立替払い の場合	診療の期間	自 至	令和			年			月			日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間				日数											
			令和			年			月		日	入院 ・ 外来	自	令和			年			月		日								
													至	令和			年			月		日								
診療の 内容												診療に要した 費用の額				() 通貨単位を記入してください														
受診者の 情報	1. 受診者の海外渡航期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※海外勤務以外の場合、海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)														装具等の装着 について 指示を受けた日						年			月		日				
	2. 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 □海外勤務(同行家族を含む) □旅行 □留学 □その他()														装具装着日						年			月		日				
振込希望口座	銀行 農協 金庫 信組										本店 支店 出張所																			
	預金 種別	普通		口座 番号									口座名義	(フリガナ)																

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日			
	住所 被保険者 (申請者) 氏名			
受取人情報	代理人 の氏名	(フリガナ)	被保険者(申請者)と 代理人との関係	
	代理人の 住所	(〒 -)	電話 - -	

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する□に✓してください。)	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【負傷日時・場所等】 1. いつケガ(負傷)しましたか。 令和 年 月 日 (曜日) □ 午前 □ 午後 時 分頃 2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 □ 出勤日 □ 休日(定休日・休暇含む) □ その他() 3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 □ 勤務時間中 □ 通勤途中(□ 出勤 □ 退勤) □ 出張中 □ 私用 □ その他() 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 □ 会社内 □ 道路上 □ 自宅 □ その他() 5. ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中(□ 職場の行事 □ 職場の行事外) □ 動物による負傷(飼い主 □ 有 □ 無) □ あてはまらない 6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか。 加害者ですか。 相手 □ 有 → { □ あなたは被害者 □ あなたは加害者 □ 無 ※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。
	【受診した医療機関】 7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 _____ 令和 年 月 ～ 令和 年 月 □ 治癒 □ 治療中 医療機関名 _____ 令和 年 月 ～ 令和 年 月 □ 治癒 □ 治療中 8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。 9. 負傷した方が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 □ 加入有 □ 加入無

◎立替払…受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書(原本)」を添付して下さい。

◎装具…「医師の意見書(原本)」と費用の内訳のわかる「領収書(原本)」を添付して下さい。

※靴型装具の場合は、現物の写真を添付してください。(画像プリント可)
(写真撮影の注意点)

- ・写真は3方向(正面、横、後ろ)および装着状態のものを撮影してください。
- ・サイズ、ロゴ、商標等の記載がある場合はその部分がよく見えるように撮影してください。
- ・付属部品等も含めて購入したすべての装具を撮影してください。
- ・中敷き等(靴に挿入するタイプの装具)がある場合には、靴から取り出した状態で撮影してください。

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 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

④

電話

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ィルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウィルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウィルス疾患	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
0701	Conjunctivitis 結膜炎
0702	Cataract 白内障
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0801	Otitis externa 外耳炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0803	Otitis media 中耳炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0910	Haemorrhoids 痔核
0911	Hypotension 低血圧症
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患

X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ](感冒)
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
1004	Pneumonia 肺炎
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
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
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
1010	Asthma 喘息
1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
1101	Dental caries う蝕
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
1111	Diseases of pancreas 膵疾患
1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患

- 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。

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

担当医の名称及び住所

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) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male・Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)	(RIGHT)	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16	(RIGHT)	A B C D E
(Lower)	(LEFT)	32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17	(LEFT)	F G H I J

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 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 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

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

Permanent tooth		Primary tooth	
(Upper)		(RIGHT)	
(Lower)		(LEFT)	

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					
拔牙					
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 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話

健 保 組 合 使 用 欄	申 請 区 分	1. 立替払い等	1. システム登録前の受診		2. 資格確認書持参でさず		常務理事		担当上司		担 当		
		2. 治療用装具	装具名										
			装着日	令和	年	月	日						
			支給種別	1. 初回支給		2. 補修		3. 再支給					
	3. 生血	輸血回数	回				受取代理人	海外表示	第三者	98条該当	公費区分		
支給決定額		円					無 ・ 有	1. 国内 2. 海外	1. なし 2. あり	1. 非該当 2. 該当	1. 非該当 2. 該当		

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（第 回目）

三谷健康保険組合理事長 殿

（海外療養費用）

立替払等、治療用装具、生血

被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください											被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ) ミタニ タロウ		被保険者の生年月日					
〇〇〇〇	ー	〇〇〇〇	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	三谷 太郎	昭 平	〇	〇	〇	〇	〇
被保険者 (申請者) の住所	郵便番号		(フリガナ) フクイケン フクイシ 〇〇〇 〇-〇-〇											電話番号							
	〇〇〇〇〇〇〇〇	福井県福井市〇〇〇 〇丁目〇番〇号											××××- ××-××××								
事業所(会社) の名称	三谷商事㈱											事業所(会社) の所在地	福井県福井市豊島1-3-1 TEL ××××- ××-××××								
療養が被扶養者に 関するときは、 その方の	被扶養者の氏名											被扶養者の生年月日		被保険者との続柄							
	(フリガナ)											昭和 平成 令和									
傷 病 名											発病または負傷年月日(療養開始日)										
例① 感冒(かぜ) 例② 虫歯、歯周炎											昭和 平成 令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇										
発病(負傷の場合は、右面の「負傷原因記入欄」を記入してください) の原因および経過											第三者行為によるものですか										
例① 咳がひどく、発熱したため受診した 例② 歯が痛かったため受診した											いいえ ・ はい 「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください										
療養を受 けた医療 機関等	名 称											所在地		診察した医師の氏名							
	※診療を受けた病院等の名称・住所・診療した医師の氏名を記入してください。																				
立替払い の場合	診療の期間	自 至	令和	年	月	日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間			日数									
			令和	年	月	日			入院 ・ 外来	自 至	令和		年	月	日						
治療の 内容	例① 注射及び薬を処方された 等								診療に要した 費用の額	〇〇,〇〇〇 (アメリカドル) 通貨単位を記入してください											
受診者の 情報	1. 受診者の海外渡航期間：令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ※海外勤務以外の場合、海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) 2. 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 ・海外勤務(同行家族を含む) ・旅行 ・留学 ・その他()											装具等の装着 について 指示を受けた日		年	月	日					
												装具装着日		年	月	日					
振込希望口座	銀行 農協 金庫 〇〇 〇〇 本店 〇〇 支店 〇〇 信組 出張所											(フリガナ) ミタニ タロウ									
	預金 種別	普通	口座 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義		三谷 太郎														

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	被保険者 (申請者) 住所 氏名	令和 年 月 日 被保険者名義以外の口座に振込みを希望される場合は、この欄にご記入いただき、上記の振込口座には、代理人名義の口座を記入してください。
	受取人情報	代理人の氏名 (フリガナ) 代理人との関係 電話 - -

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する口に✓してください。)		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【負傷日時・場所等】 1. いつケガ(負傷)しましたか。 令和 年 月 日 (曜日) ☐ 午前 ☐ 午後 2. ケガ(負傷)をした日時 ☐ 出勤日 ☐ その他() 3. ケガ(負傷)をした場所 ☐ 勤務時間中 ☐ 出張中 ☐ 私用 ☐ その他() 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 ☐ 会社内 ☐ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他() 5. ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合がありますか。 ☐ 交通事故 ☐ 暴力(ケンカ) ☐ スポーツ中(☐ 職場の行事 ☐ 職場の行事外) ☐ 動物による負傷(飼い主 ☐ 有 ☐ 無) ☐ あてはまらない 6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか。 加害者ですか。 相手 ☐ 有 ☐ 無 あなたは被害者 あなたは加害者	【受診した医療機関】 7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 令和 年 月 治療 ☐ 治療中 ☐ 8. 負傷したときの状況(原因)欄は、なるべく詳しく(具体的に)記入してください。 例:友人とサッカーをしている際に転倒した 等 9. 負傷した方が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 ☐ 加入有 ☐ 加入無

◎立替払…受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書(原本)」を添付して下さい。

◎装具…「医師の意見書(原本)」と費用の内訳のわかる「領収書(原本)」を添付して下さい。

※靴型装具の場合は、視物の写真を添付してください。(画像プリント可)

(写真撮影の注意点)

- 写真は3方向(正面、横、後ろ)および装着状態のものを撮影してください。
- サイズ、ロゴ、商標等の記載がある場合はその部分がよく見えるように撮影してください。
- 付属部品等も含めて購入したすべての装具を撮影してください。
- 中敷き等(靴に挿入するタイプの装具)がある場合には、靴から取り出した状態で撮影してください。

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_____

三谷健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、三谷健康保険組合の職員又は三谷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＜保険者名＞に提示することも併せて同意します。

To: Mitani Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Mitani 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 6 ヶ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

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

※ This agreement of authorization expires 6 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.