

健康保険被保険者家族療養費支給申請書（第 回目）
（立替払等、治療用装具、生血）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㊦ 被 保 険 者 証 の										㊧ 被 保 険 者 の 生 年 月 日												
	記 号					—	番 号					昭和 平成		年		月		日					
	㊨ 被 保 険 者 (申請者)の 氏 名	(フリガナ)					事業所の	名 称															
								所 在 地															
	㊩ 被 保 険 者 (申請者)の 住 所	〒																					
		都 道 府 県																					
	電話 ()																						
	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									
									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)												
													年		月		日						
	㊯ 発病（負傷の場合は、裏面㊰記入してください）の原因および経過										㊱ 第三者の行為によるものですか												
											☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を出してください。												
	診 療 を 受 け た 病 院 等 の			㊲ 名 称					㊳ 所 在 地					㊴ 診療した医師の氏名									
㊵ 診療の期間（支給期間）					㊶ 入院・入院外の別					㊷ 入院の場合、左記の入院期間					㊸ 診療に要した費用の額								
自		年		月		日	日数	1：入院外 2：入 院					自		年		月		日	日数	円		
至		年		月		日	日						至		年		月		日	日			
㊹ 診 療 の 内 容										㊺ 診療の給付を受けることができなかった理由													

㊻ 委 任 状	療養費の受領を ㊼ に委任します。																
	令和 年 月 日																
	被保険者（請求者）氏名 ㊽																

㊾ 退 職 者 用 振 込 先	銀 行 名	銀行・農協 金庫・信組					本店 支店	種 別	普通 ・ 当座	通帳番号	
	口座名義	(フリガナ)									

個人番号記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※保険証の記号番号を記入した場合は不要

令和 年 月 日 提出

受付日印

支払日印

海外療養費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 the patient） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year_____Month_____Day_____

千葉県機械金属健康保険組合 宛

私（療養を受けた者）、_____は、千葉県機械金属健康保険組合の職員又は、千葉県機械金属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、パスポートを千葉県機械金属健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Chiba industrial technology health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Chiba industrial technology 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 欄
Signature

署名は、治療を受けた被保険者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) _____

(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 [_____]

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____Month_____Day_____

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

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入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.

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□にチェック☑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）をしましたか。 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の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 □学校 □その他（ ） 5. ケガ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／□職場の行事以外／ □部活クラブ活動中） □動物による負傷（飼い主 □有／□無） □あてはまらない 6. ケガをした場所が学校の場合、スポーツ保険に該当していますか。 □はい □いいえ 7. 「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、「第三者行為による傷病届」が必要となります。 [受診した医療機関] 8. 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 9. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。 10. 被保険者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

【記入上の注意】

1. 申請書の「被保険者」「家族」の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください。
2. 記入した字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と㊦の方の氏名（サイン）を記入してください。
3. ㊤および㊦欄で傷病の原因が「第三者の行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
4. ㊤および㊦欄で傷病の原因が「第三者の行為以外による外傷性である場合」は、㊮欄「負傷原因について」を記入してください。
5. ㊰欄の給付金受領代理人印は、届出印を使用してください。
6. 退職後に申請する方で、受領委任を希望されない方は、㊲欄を記入してください。
7. 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、医師が「治療のため必要と認める旨の証明書」と領収書(原本)を添付してください。
8. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。

This form is used for claiming the social insurance benefit
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)

領 収 明 細 書 (歯 科)

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年令 _____ Sex (Male Female) 性別

Date of First Diagnosis 初 診 日 _____ Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位																																	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯																																
R. <table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	L. <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																										
8	7	6	5	4	3	2	1																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
R. <table><tr><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td></tr><tr><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td></tr></table>	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	L. <table><tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr><tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr></table>	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e												
e	d	c	b	a																													
e	d	c	b	a																													
a	b	c	d	e																													
a	b	c	d	e																													

1. Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries

う 蝕 症

_____	_____
-------	-------

2. Missing Teeth

欠 損

_____	_____
-------	-------

3. Pyorrhea Alveolaris

歯 槽 膿 漏

_____	_____
-------	-------

4. The Others

そ の 他

_____	_____
-------	-------

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患部部位	Material 材料	Fee 治療費
* Initial Office Visit 初診料			
* X-Ray Examination レントゲン検査			
* Dental Pulp Extirpation 抜髄			
* 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 歯槽膿漏処理 Pyorrhea Alveolaris			
* Medicine 投薬			
* The Others その他			

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon

Signature

医 師 の 氏 名 _____

署 名 _____

Name and Address of Dentist's Office

歯科医院の名称及び所在地 _____

Date

日付 _____

Form A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

様式 A

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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male • Female)

患者名 _____ 年令 (生年月日) _____ 性別 (男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (裏面参照)

3. Date of First Diagnosis: _____, 19 _____

初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days

診療日数

5. Type of Treatment

治療の分類

☐ Hospitalization: From _____, 19 _____ to _____ 19 _____ (_____ days)

入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)

☐ Out patient or Home Visit: _____, 19 _____, 19 _____

入院外 _____, 19 _____, 19 _____

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: Form B

治療実費

様式 B

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____

Office 病院又は診療所 _____ 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 _____

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

(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	職業看護婦費	\$	
(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	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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下さい。

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	:	Last	First	Title
名前		姓	名	
Address	:	Home 自宅		Phone
住所		Office 病院又は診療所		Phone
Date			Signature	
日付			署名	

Table of International Classification of
Diseases for the use of Social Insurance

社会保険用国際疾病分類表

I Infectious and Parasitic Diseases

感染症及び寄生虫症

- 1 Intestinal infectious diseases
腸管感染症
- 2 Tuberculosis
結核
- 3 Viral diseases accompanied by exanthem
発疹を伴うウイルス疾患
- 4 Viral hepatitis
ウイルス肝炎
- 5 Other Viral diseases
その他のウイルス疾患
- 6 Syphilis and other venereal diseases
性病
- 7 Mycoses
真菌症
- 8 Others
その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms

新生物

- 9 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物
- 10 Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum
小腸、結腸及び直腸の悪性新生物
- 11 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 12 Malignant neoplasm of female breast
女性乳房の悪性新生物
- 13 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物
- 14 Leukaemia
白血病
- 15 Malignant neoplasm of other and unspecified sites
その他及び部位不明の悪性新生物
- 16 Other neoplasm
その他の新生物

II Endocrine Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders

内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害

- 17 Disorders of thyroid gland
甲状腺の疾患
- 18 Diabetes mellitus
糖尿病
- 19 Gout
痛風
- 20 Others
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害

IV Diseases of Blood and Blood Forming Organs

血液及び造血器の疾患

- 21 Anaemias
貧血
- 22 Others
その他の血液及び造血器の疾患

V Mental Disorders

精神障害

- 23 Senile and presenile organic psychotic conditions
老年期及び初老期の器質性精神病

- 24 Schizophrenic psychoses

精神分裂病

- 25 Affective psychoses

躁うつ病

- 26 Other psychoses

その他の精神病

- 27 Neurotic disorders

神経症

- 28 Alcohol dependence syndrome

アルコール依存

- 29 Other nonpsychotic mental disorders

その他の非精神病性精神障害

- 30 Mental retardation

精神薄弱

VI Diseases of the Nervous System and Sense Organs

神経系及び感覚木の疾患

- 31 Disorders of autonomic nervous system

自律神経障害

- 32 Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes

脳性小児麻痺及びその他の麻痺性症候群

- 33 Epilepsy

てんかん

- 34 Other diseases of central nervous system

その他の中枢神経系の疾患

- 35 Disorders of peripheral nervous system

末梢神経系の障害

- 36 Cataract

白内障

- 37 Conjunctivitis

結膜炎

- 38 Other disorders of eye

その他の眼の疾患

- 39 Otitis media

中耳炎

- 40 Other disorders of ear

その他の耳の疾患

VII Diseases of the Circulatory system

循環系の疾患

- 41 Rheumatic fever and rheumatic heart disease

リウマチ熱及びリウマチ性心疾患

- 42 Hypertensive disease

高血圧性疾患

- 43 Ischemic heart disease

虚血性心疾患

- 44 Other forms of heart disease

その他の心疾患

- 45 Subarachnoid and intracerebral haemorrhage

脳出血

- 46 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries

脳梗塞

- 47 Other cerebrovascular disease

その他の脳血管疾患

- 48 Atherosclerosis

じゅく状硬化症

- 49 Other disorders of circulatory system

その他の循環系の疾患

VIII Diseases of the Respiratory system

呼吸系の疾患

- 50 Acute respiratory infections

急性上気道感染

51 Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis, not specified as acute or chronic	急性及び詳細不明の気管支炎	78 Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy	妊娠中毒症
52 Chronic sinusitis	慢性副鼻腔炎	★79 Delivery in a completely normal case	正常分娩
53 Allergic rhinitis	アレルギー性鼻炎	80 Other	その他の妊娠、分娩及び産じょくの合併症
54 Pneumonia	肺炎	X II Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue	皮膚及び皮下組織の疾患
55 Influenza	インフルエンザ	81 Infections of skin and subcutaneous tissue	皮膚及び皮下組織の感染
56 Chronic bronchitis	慢性気管支炎	82 Others	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
57 Asthma	喘息	X III Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue	筋骨格系及び結合組織の疾患
58 Other diseases of respiratory system	その他の呼吸系の疾患	83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies	慢性関節リウマチ(脊椎を除く)
IX Diseases of the Digestive System	消化系の疾患	84 Osteoarthritis and allied disorders	変形性関節症及び類似症
59 Diseases of teeth and supporting structures	歯及び歯の支持組織の疾患	85 Disorder of back	腰痛症
60 Gastric and duodenal ulcer	胃及び十二指腸潰瘍	86 Other dorsopathies	その他の脊柱疾患
61 Gastritis and duodenitis	胃炎及び十二指腸炎	87 Peripheral enthesopathies and allied syndromes	肩の障害
62 Appendicitis	虫垂炎	88 Others	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
63 Hernia and intestinal obstruction	腸閉塞及びヘルニア	X IV Congenital Anomalies	先天異常
64 Liver cirrhosis	肝硬変	89 Congenital anomalies of heart	心臓の先天異常
65 Chronic liver disease	慢性肝炎	90 Congenital musculoskeletal deformities	先天性股関節脱臼
66 Other disorders of liver	その他の肝の疾患	91 Others	その他の先天異常
67 Cholelithiasis and gallbladder	胆石症及び胆のう炎	X V Certain Conditions Originating in the perinatal period	周産期に発生した主要病態
68 Other diseases of digestive system	その他の消化系の疾患	92 Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation and unspecified low birth weight	胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児
X Diseases of the Genitourinary System	泌尿生殖系の疾患	93 Others	その他の周産期に発生した主要病態
69 Nephritis and nephrosis	腎炎及びネフローゼ	X VI Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions	症状、徴候及び診断名不明確の状態
70 Renal failure	腎不全	94 Symptoms, signs and ill-defined conditions	症状、徴候及び診断名不明確の状態
71 Calculus of urinary system	泌尿系の結石	X VII Injury and Poisoning	損傷及び中毒
72 Other diseases of urinary system	その他の泌尿系の疾患	95 Fracture	骨折
73 Hyperplasia of prostate	前立腺肥大症	96 Intracranial injury, internal injury and injury to nerves and spinal cord	脊椎を含む頭蓋内及び内部損傷
74 Other disorders of male genital organs	その他の男性生殖器の疾患	97 Burns	熱傷
75 Menopausal and postmenopausal disorders	月経障害及び閉経期の障害	98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances	化学物質の有害作用
76 Other disorders of breast and female genital organs	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	99 Others	その他の損傷及び中毒
X I Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium	妊娠、分娩及び産じょくの合併症	Important : No. 79 with asterisk is not covered by social insurance	79 (★印) は社会保険は適用されません。
77 Pregnancy with abortive outcome	流産		