

資格	公費	マル長
一般 退職 本人扶養	乳子障無	有・無

審査決定点数	
療養の給付をした場合に要する額	
負担割合	未就2 一般3 前高2 前高3
一部負担金	
差引支給額	

年 月分

決定日	係長	係員

国民健康保険療養費支給申請書 海外療養費 医科・歯科

被保険者証の記号番号	23 - -	療養を受けた被保険者氏名	
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
傷病名		発病年月日	年 月 日

療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	外来	入院
------	---------	---------	----	----	----

手当を受けた病院・診療所・その他のものの名称及び所在地	名称	所在地
-----------------------------	----	-----

手当に従事した医師・歯科医師・その他の者の氏名	
-------------------------	--

療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)	旅行(渡航)期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	療養を受けた国名	支払通貨
	渡航目的	現地支払い額

発病又は負傷の原因	1 業務災害、通勤災害又は第三者行為以外による	療養に要した費用					
	2 ()	百万	拾万	万	千	百	十

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。なお、支給金額は私名義の下記口座に振り込んでください。

年 月 日

江戸川区長殿

〒 -

世帯主住所
氏名
電話番号 ()

個人番号記入欄	申請者(世帯主)										
	療養を受けた被保険者										

受付印・担当者印	振込先(世帯主名義のもの)	金融機関名	銀行 支店								
		(コード)	()	信用金庫	()	信用組合	()				
		口座番号	普通								
		口座名義(カタカナ)	当座								

備考	主・配偶者・子・親代理人他()	身元確認	免、バ、個力、住、在保、医、年、プレ、通知書、他()
		番号確認	個力、通力、シ、他()

太枠の中をご記入ください。

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization
調査同意書
조사동의서

- ・ 治療開始日 _____年__月__日
- ・ Starting date of medication Year_____ Month____ Day____
- ・ 治疗开始日期 _____年__月__日
- ・ 치료개시일 _____년__월__일

- ・ 被保険者（患者）
（被保険者名） _____
（住所） _____
（生年月日） _____年__月__日

- ・ Insured (Patient)
（Name of the insured） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year_____ Month____ Day____

- ・ 被保険者（患者） Insured (Patient)
（被保険者姓名 Name of the insured） _____
（住址 Address） _____
（出生日期 Date of birth） _____年__月__日

- ・ 피보험자(환자):
（피보험자） _____
（주소） _____
（출생년월일） _____년__월__일

江戸川区 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴区の職員あるいは、貴区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、パスポートを貴区に提示することも併せて同意します。

To: Edogawa City Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City Office 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.

致：江戸川区 政府相关部门

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵区职员或贵区的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵提供。

에도가와구 귀중:

본인（요양을 받은자）_____와 저의 세대주 _____는 귀구 직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 귀구에 여권을 제시하는데 동의합니다.

署名・押印欄

署名・押印は、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、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.

须由接受治疗的被保険人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(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1年間です。

Signature

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year_____ Month____ Day____

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

※ This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.

签名·盖章栏

(姓名) _____ 盖章

(住址) _____

(日期) _____年____月____日

(与患者关系) _____ : 患者本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [_____]

※ 本同意书从签名起 1 年内有效。

서명. 날인

(성명): _____인

(주소): _____

(날짜): _____년 _____월 _____일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)

*본 동의서는 서명일로부터 1년간 유효합니다

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.

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청 할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.

Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance
国民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障害
0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301 Anemia 貧血
0102 Tuberculosis 結核	0302 Others その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
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 disorders 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 Others 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 Others 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 精神分裂病、分裂病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 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 Others 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 Leukemia 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 Others 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 Others
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 Others
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 haemorrhage
くも膜下出血
- 0905 Intracerebral haemorrhage
脳内出血
- 0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries
脳梗塞
- 0907 Cerebral atherosclerosis
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 Hemorrhoids
痔核
- 0911 Hypotension
低血圧症

- 0912 Others
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]
- 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 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 Others
その他の呼吸器系の疾患

XI Diseases of the digestive system
消化器系の疾患

- 1101 Dental caries
う蝕
- 1102 Gingivitis and periodontal disease
歯肉炎及び歯周疾患
- 1103 Other diseases of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持機構
- 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 diseases 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	Others その他の消化器系の疾患	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患
X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501	Abortion 流産
1202	Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1503	Single spontaneous delivery* 単胎自然分娩
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302	Arthrosis 関節症	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303	Spondylopathies 脊椎障害(脊椎症を含む)	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	X VII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害	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
1308	Shoulder lesions 肩の障害	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
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	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
1310	Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1901	Fracture 骨折
X IV	Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患	1902	Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1402	Renal failure 腎不全	1904	Poisoning 中毒
1403	Urolithiasis 尿路結石症	1905	Others その他
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 その他の男性性器の疾患		
1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.
1503番(*印)は国民健康保険は適用されません。

This form is used for claiming the health insurance benefit.
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 性別 M 男 F 女

Initial Office Visit 初診日 _____, 20____ Days of Services 診療日数 _____ days

Permanent Tooth 永久歯																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											
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L.
	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	

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

Total Fee 合計 _____

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所又は歯科医師の名称及び所在地

Date 日付 _____ Signature 署名 _____