

公 費		マル長		審 査 決 定 点 数			
乳 子 青 障 無		有・無		療 養 の 給 付 を し た 場 合 に 要 す る 額			
年 月 分				負 担 割 合		未就2 一般3 前高2 前高3	
決 定 日		係 長		係 員		一 部 負 担 金	
						差 引 支 給 額	

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 記 号・番 号										— —										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 負 傷 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																																																																																									
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 1 業務災害、通勤災害又は第三者行為以外による 負 傷 の 原 因 2 ()																				療養に要した費用																																																																					
																				百万										拾万										万										千										百										十										点									
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。																																																																																									
江戸川区長殿																														年 月 日																																																											
〒 —																																																																																									
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																																																											
																				(コード)										()										信用金庫 支店																																																	
																				口 座 番 号										普通 当座																																																											
																				口座名義(カタカナ)																																																																					
備考										主・配偶者・子・親 代理人 他()										身元確認										免、パ、個カ、在 資、医、年、プレ、通知書 ()																																																											
																				番号確認										個カ、通カ、シ、他 ()																																																											

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____
- ・治療開始日期 _____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险者本人签字・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 1 년간 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.

Form A

This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.

各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式が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 _____ 年齢(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 National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(裏面参照) _____
3. Date of First Diagnosis : D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 日
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : From _____, to _____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
☐ Out patient 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。 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 Title 称号
Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話
Office 病院または診療所 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 _____

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

**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
腰痛症及び坐骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の障害

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Others
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

**X IV Diseases of the Genitourinary system
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
その他の男性性器の疾患

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性器の疾患

**X V Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく**

1501 Abortion
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠中毒症

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 injury and injury to organs
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱傷及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他

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。

Form B

This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.

各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式が1枚必要です。

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) X - ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others (specify)	その他 (項目明記)	\$	\$
		\$	\$
Total	合計	\$	

Use Currency 使用通貨

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.extra charge for a bed.

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

担当医または病院事務長の名前及び住所

Name

名前	: Last	First	Title
	姓	名	称号

Address	:	Home	Phone
住所		自宅	電話

Office	Phone
病院または診療所	電話

Date : _____ Signature _____
日付 署名

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 ☐ M ☐ F
性別 男 女

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

Tooth Number 歯式																											
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	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		_____	2 serf. ガム	_____	_____
Periapical × 標準型		_____	3 serf. Comp. 1 serf. 複合	_____	_____
Panoramic × パノラマ		_____	2 serf. レジン	_____	_____
Models スタディモデル		_____	3 serf. 面	_____	_____
3. Medication ☐ yes ☐ no 投薬		_____	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 Core メタルコア	_____	_____
5. Extraction 拔牙		_____	11. Crown Porcelain / Gold 冠 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 Abut ブリッジ 支台歯	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断・拔随	_____	_____	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 _____