

健保 処理 欄	支給額	円	常務理事	事務長	係	係
	支払区分 本人・家族 7割・8割・9割	(内訳)	資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日	

フタバ産業健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		受療者氏名		続柄	生年月日
	—					昭・平・令 年 月 日
	発症・負傷年月日		傷病名		第三者行為による傷病ですか？	
	平・令 年 月 日				<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ	
	傷病の原因(いつ・どこで)及びその経過					
	I. i)治療用装具 ii)弾性着衣 iii)治療用眼鏡 作製費用申請のとき					
	装具購入日	平・令 年 月 日	入院・通院	領収書の金額	円	
	添付書類	i)治療用装具の申請 ① 領収書(原本) ② 医師の意見および装着証明書(原本) ii)弾性着衣の申請 ③ 装具作製確認書 ④ 購入された装具の写真 iii)治療用眼鏡の申請 ① 領収書(原本) ② 病名記載のある医師の作製指示書				
	II. i)保険証未提示による自費診療 ii)資格喪失後受診したとき					
	診療日	平・令 年 月 日	入院・通院	領収書の金額	円	
保険証を提示 できなかった理由						
添付書類	i)保険証未提示 ① 領収書(原本) ② 診療報酬明細書 (医療機関から交付) ii)資格喪失後受診 ① 領収書(原本) ② 診療報酬明細書 (以前に加入していた健康保険から交付)					
III. 海外で受診したとき						
診療日	平・令 年 月 日	入院・通院	領収書の金額	円		
添付書類	① 領収書(原本) ② 診療内容明細書および領収明細書とその邦訳					
受 取 方 法	銀行口座 振込	銀行 農 協 普通 口座番号 労働金庫 信用金庫 店 当座 口座名義 (カタカナで記入)				
	受取代理	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	申請者名義 以外の口座 に振込を希 望する場合 のみ記入	代理人の 氏名と印	(フリガナ) Ⓜ	委任者と 代理人 との関係		
	代理人の 住 所	〒	—	電話	()	
<p>本紙(又は添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 また、フタバ産業健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 住 所 被保険者氏名 (請求者氏名) Ⓜ 工 場 名</p>						

【提出の流れ】 申請者 → (工場総務) → 健保

備考 (個人番号:任意記入)

海外療養費

1. 海外療養費について

海外旅行、赴任中に病気やケガでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療等に限られ、はじめから治療目的で海外へ渡航した場合は支給対象外となります。

2. 支給金額について

日本国内の医療機関等で、同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。

※海外で支払った医療費の総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給額が大幅に少なくなることがあります。

なお、外貨で支払われた医療費については、支給決定を行う日の外国為替換算率（売りレート）により円に換算し、支給額を決定します。

3. 申請手続きについて

【申請手続きに必要な書類】

- ・療養費支給申請書
- ・様式A（診療内容明細書）および様式B（領収明細書）
[歯科診療の場合は、様式Bおよび様式C（歯科診療内容明細書）]
- ・領収書

様式A、B、Cともに、各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ証明をしてもらってください。また、それぞれの別紙に邦訳を添え、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載し、押印してください。

海外から申請するときは、事業主または日本に在住のご家族を経由して申請してください。フタバ産業健康保険組合からは、海外へ直接送金および通知書の送付を行えないため申請書には日本国内の住所および金融機関口座を記入してください。

4. 申請期限について

海外で医療費の支払いをした日の翌日から数えて2年を経過すると、時効により申請ができなくなります。ご注意ください。

5. お願い

保険給付費の適正な処理のため、上記【申請手続きに必要な書類】以外の書類を追加でお願いする場合があります。ご理解いただき、ご協力お願いいたします。

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. Date of Diagnosis and Treatment
診療日数 _____ days

5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization Outpatient or Home Visit
入院 入院外

Please apply a round sign on the diagnosis and treatment day(duration of hospital stays).
診療日(入院期間)に丸印をつけてください。

Month	Date
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

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

印

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	Occlusion 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		

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	\$ _____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____	** 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。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(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： 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)

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。

Form C 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 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 _____						
3. Date of first Diagnosis 初診日 _____		4. Date of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days									
Permanent tooth				Primary tooth							
(Upper)		(RIGHT)		(LEFT)		(Upper)		(RIGHT)		(LEFT)	
(Lower)		(RIGHT)		(LEFT)		(Lower)		(RIGHT)		(LEFT)	

Tooth No. or Letter	Description of Service (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used, Etc.)	Date			Amount
		MO.	DA.	YR.	
Total Amount					

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)

様式C 邦訳

Permanent tooth		Primary tooth		
(Upper)		(RIGHT)		
(Lower)		(LEFT)		
歯の番号 又は記号	治療の内容 (レントゲン、予防処置、使用した材料等を含む。)	日付		費用
		月	日	年
		合計		

翻訳者 _____
 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 電話 _____