

被保険者の皆様へ 海外療養費支給申請書作成の注意事項について

1. 被保険者又はその家族が、海外に在住中または旅行中に負傷や疾病にかかった場合の費用について、国内における保険診療の範囲内で償還されます。
2. 償還手続きに必要な書類は、この冊子の「被保険者
被扶養者 海外療養費支給申請書」と、医療機関及び担当医師に作成していただく「様式A」「様式B」、歯科の場合は併せて「様式C」となります。
3. どの様式も、各月ごと、入院・外来ごとにつき1枚ずつ作成し提出していただきます。
例：4月に外来患者として通院し、途中で入院、5月半ばに退院した場合、外来4月分として1枚、入院は4月と5月分として2枚作成し提出となります。
4. 「様式Aの項目2、6、7」、「様式Bの(10)、(11)、(15)」、「様式Cの患歯部位等」については「**■邦訳ページ**」に各項目の内容を翻訳し、翻訳者の住所、氏名を記入し提出してください。翻訳者が本人の場合も記入し提出をお願いします。
5. 海外から申請する場合は、事業主または留守家族から提出してもかまいません。

注意事項

この請求は、医師又は病院等に費用を支払った日の翌日から数えて2年を経過するとできなくなります。

受付年月日	年	月	日	
伺年月日	年	月	日	
決裁年月日	年	月	日	
支給額	円			
支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間			

支給支払決議書				
常務理事	事務長		担当者	
資格取得		年	月	日
資格喪失		年	月	日
支払年月日		年	月	日

被保険者 海外療養費支給申請書 (第 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセットの領収書等治療用具に添付してください。

被保険者証の記号・番号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	所在地	電話		
傷病名	発病又は負傷の年月日	年	月	日	
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	所在地	及び電話番号		
	氏名				
診療又は手当の内容	入院期間	自	年	月	日
	コルセット装着日	年	月	日	
診療又は手当を受けた期間	自	年	月	日	日間
	診療又は手当に要した費用の額	金	円也		
療養又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の届出の有無	加害者の氏名	加害者の住所		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	年	月	日
			被保険者との続柄		
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店 (普通当座 第 号)	郵便局		
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 被保険者の氏名 富士石油健康保険組合理事長 殿					

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

委任状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日請求した	被保険者療養費のうち	
	金 円也の受領に関すること。		
	年 月 日		
	被保険者の住所		
	代理人の住所		
	氏名		
	氏名		
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店 (普通当座 第 号)	郵便局

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 住所 富士石油健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名
-----	-----------------------------------------------------------------------------

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.
毎月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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 (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表章用国際疾病分類番号
_____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____ / _____ / _____
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 _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 至 日間
 Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____
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
治療は事故の障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 _____

■様式Aの邦訳

2. 傷病名およ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 _____

電話 _____

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(特記明記)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合計	\$ _____	

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

■様式Bの邦訳

(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) その他（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.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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) _____	Sex (Male · Female) 性別 (男・女)
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____ / _____ / _____		
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper)	(Lower)	(Upper)
(RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)	(RIGHT) e d c b a
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	a b c d e (LEFT)
(RIGHT)	(LEFT)	(RIGHT)
(Lower)		(LEFT)
		e d c b a
		a b c d e
		(LEFT)

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					
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 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 _____

■邦訳 (C)

Permanent tooth														Primary tooth														
(Upper)														(RIGHT)										(LEFT)				
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					e d c b a				
(Lower)														(RIGHT)										(LEFT)				
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					e d c b a				

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					
抜歯					
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 _____
 電話 _____

社会保険表章用国際疾病分類表

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

I 感染症及び寄生虫症

Certain infectious and parasitic diseases

- 0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases
0102 結核 Tuberculosis
0103 主として性的伝播様式をとる感染症
Infections with a Predominantly sexual mode of transmission
0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis
0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases
0107 真菌症 Mycoses
0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症
Sequelae of infectious and parasitic diseases
0109 その他の感染症及び寄生虫症

II 新生物 Neoplasms

- 0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach
0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon
0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物
Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物
Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast
0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus
0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma
0209 白血病 Leukaemia
0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms
0211 良性新生物及びその他の新生物
Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

- 0301 貧血 Anaemias
0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

- 0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland
0402 糖尿病 Diabetes mellitus
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の傷害

Mental and behavioural disorders

- 0501 血管性及び詳細不明の痴呆
Vascular dementia and Unspecified dementia

- 0502 精神作用物質使用による精神及び行動の傷害
Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む） Mood[ffective] disorders
0505 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
Neurotic, stress-related and somatoform disorders
0506 精神遅滞 Mental retardation
0507 その他の精神及び行動の障害
Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system

- 0601 パーキンソン病 Parkinson's disease
0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease
0603 てんかん Epilepsy
0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
Cerebral palsy and other paralytic syndromes
0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

- 0701 結膜炎 Conjunctivitis
0702 白内障 Cataract
0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa

VIII 耳及び乳様突起の疾患

Diseases of the ear and mastoid process

- 0801 外耳炎 Otitis externa
0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
0803 中耳炎 Otitis media
0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患
Other diseases of middle ear and mastoid
0805 メニエール病 Disorders of vestibular function
0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear
0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear

IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

- 0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases
0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
0906 脳梗塞 Occlusion of per cerebral and cerebral arteries
0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis
0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis
0910 痔核 Haemorrhoids
0911 低血圧 Hypotension
0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

X 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system

- 1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]
1002 急性咽頭炎及び急性扁桃腺 Acute pharyngitis and tonsillitis
1003 その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections
1004 肺炎 Pneumonia
1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis
1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis
1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis
1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎
Bronchitis, not specified as acute or chronic
1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease
1010 喘息 Asthma
1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system

X I 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system

- 1101 う蝕 Dental caries
1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases
1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害
Other disorders of teeth and supporting structures
1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer
1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis
1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease
1107 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
Chronic hepatitis, not elsewhere classified
1108 肝硬変（アルコール性のものを除く）
Liver cirrhosis not elsewhere classified
1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver
1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis
1111 膵疾患 Diseases of pancreas
1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system

X II 皮膚及び皮下組織の疾患

Diseases of the skin and subcutaneous tissue

- 1201 皮膚及び皮下組織の感染症
Infections of the skin and subcutaneous tissue
1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema
1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue

X III 筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

- 1301 炎症性多発性間接障害 Inflammatory polyarthropathies
1302 関節症 Arthrosis
1303 脊椎障害（脊椎症を含む） Spondylopathies
1304 椎間板障害 Intervertebral disc disorders
1305 頸腕症候群 Cervicobrachial
1306 腰痛症及び座骨神経痛 Low back pain and sciatica
1307 その他の脊柱障害 Other dorsopathies
1308 肩の障害 Shoulder lesions
1309 骨の密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure
1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
Other diseases of skeletal muscles and connective tissues

X IV 尿路生殖器系の疾患 Diseases of the genitourinary system

- 1401 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 Glomerular diseases

- 1402 腎不全 Renal failure

- 1403 尿路結石症 Urolithiasis

- 1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system

- 1405 前立腺肥大（症） Hyperplasia of prostate

- 1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs

- 1407 月経障害及び閉経周辺期障害

Menopausal and postmenopausal disorders

- 1408 乳房及びその他女性性器の疾患

Other disorders of breast and female genital organs

X V 妊娠、分娩及び産じょく

Pregnancy, childbirth and the puerperium

- 1501 流産 Pregnancy with abortive outcome

- 1502 妊娠中毒症

Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium

- 1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery

- 1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく

Others Pregnancy, childbirth and the puerperium

X VI 周産期に発生した病態

Certain conditions originating in the perinatal period

- 1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害

Disorders related to length of gestation and fetal growth

- 1602 その他の周産期に発生した病態

Others Certain conditions originating in the perinatal period

X VII 先天奇形、変形及び染色体異常

Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

- 1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart

- 1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常

Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

X VIII 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

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified

- 1800 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

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified

X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

- 1901 骨折 Fracture

- 1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷

Intracranial damage and internal organ damage

- 1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions

- 1904 中毒 Poisoning

- 1905 その他の損傷及びその他の外因の影響

Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

注：1503 番（*印）は、社会保険は適用されません。

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insuranc