

(注意事項)

1 所要事項は記入しないようにしてください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。

2 医科、歯科等の申請に該当するものを○でかこんでください。また、ひと月ごと・療養費の種類ごとに申請書を作成してください。

3 療養費の支給申請をした理由を具体的に記入してください。

4 発病又は負傷の原因が外傷の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

5 第三者行為にかかる傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

6 組合員とその世帯に属する被保険者以外が届出を持参した場合は、委任状の添付が必要です。

国民健康保険療養費支給申請書														組合員																		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	療養を受けた被保険者	被保険者証 記号番号	90	—										(枝番)			家族															
		氏名																														
		生年月日	年 月 日																													
		個人番号 (マイナンバー)																														
	療養費の種類 該当するものに ○をしてください。	医科 歯科 調剤 補装具 接骨 あん摩・マッサージ はり・きゅう 生血 その他()																														
	傷病名									発病・負傷 年 月 日		年 月 日																				
	療養期間	年 月 日から 日まで 日 間 (補装具の申請のときは意見書の証明日を記入してください。)																														
	診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地																															
	診療調剤又は手当に従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名																															
	療養費の 支給申請を した理由											療養に要した費用																				
																			円													
	発病又は 負傷の原因	1. 傷病原因調査報告書 提出済 2. その他 ()								備考																						
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いたします。																																
個人番号 (マイナンバー) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																
提出日: 年 月 日 組合員 (申請人) 住所 氏名																																
中央建設国民健康保険組合理事長 殿																																

※身元確認欄	確認者	☐ 支部 ☐ 出張所 ()															※身元確認欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。
	届出人	☐ 組合員 ☐ 代理人 ()															
	身元確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他 ()															
	代理権確認	☐ 委任状 ☐ 被保険者証															

支給決定額								取扱者	
							円		
本部受理								年 月 日	

支部長	取扱者	出張所長
支部受理		
年 月 日		

Form A (様式 A)

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 National Health Insurance benefit.
この用紙は、患者の国民健康保険の給付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.
この用紙は、担当医師が書き、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.
この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとに一枚必要です。

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 the Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the attached paper)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)
_____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis: D / M / Y _____ / _____ / _____
初診日 日 / 月 / 年 _____ / _____ / _____
4. Days Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 _____ 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization: From _____ / _____ / _____, to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)
☐ Outpatient 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 : Fill in Form B.
治療実費 様式 B に記入

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 _____	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 _____

Form B （様式 B）

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance benefit.
この用紙は、患者の国民健康保険の給付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 either the attending physician or the superintendent of the hospital / clinic.
この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとにつき一枚必要です。
4. If not in dollars please specify the unit used.
ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。

Itemized Receipt

領 収 内 容 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	診察料	\$
(7) Operation	手術費	\$
(8) X-ray Examination	X線検査費	\$
(9) 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。

(10) Medication	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。

(11) Anesthetics	麻酔費	\$
(12) Operating room charge	手術室費用	\$
(13) Others (specify)	その他 (項目明記)	\$
(14) Total	合計	\$

Unit is 貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a 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および住所

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

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）

（被保険者姓名） _____

（住址） _____

（出生日期） _____年 _____月 _____日

- ・피보험자(환자) :

（피보험자） _____

（주소） _____

（출생년월일） _____년 _____월 _____일

中央建設国民健康保険組合 御中

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

To: Chuoukensetsu National Health Insurance Society

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

致：中央建设国民健康保险协会

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵国民健康保险协会职员或贵国民健康保险协会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，本人也同意向贵国民健康保险协会提供。

중앙건설국민건강보험조합 귀중:

본인 (요양을 받은자) _____와 저의 세대주 _____는
귀국민건강보험조합 직원 혹은그와 관련된업무위탁업체가 해외요양비신청서류에 기재된
사실(요양일,장소,요양내용)을 확인하기위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터
정보를 제공받는데 동의합니다.
또한 위의 확인에 여권 사본이 필요한 경우 귀국민건강보험조합에 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6ヵ月間です。

Signature

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____ Month_____ Day_____

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

※ This agreement of authorization expires six 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 6 个月内有效。

서명. 날인

(성명): _____ 인

(주소): _____

(날짜): _____년 _____월 _____일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타 [_____]

*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 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

- 0101 Intestinal infectious diseases
腸管感染症
- 0102 Tuberculosis
結核
- 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
- 0104 Viral infections characterized by skin and
mucous membrane lesions
皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患
- 0105 Viral hepatitis
ウィルス肝炎
- 0106 Other viral diseases
その他のウィルス疾患
- 0107 Mycoses
真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic
diseases
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 0109 Others
その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms
新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物
- 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

- 0204 Malignant neoplasm of liver and
intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus
and lung
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物
- 0207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物
- 0208 Malignant lymphoma
悪性リンパ腫
- 0209 Leukemia
白血病
- 0210 Other malignant neoplasms
その他の悪性新生物
- 0211 Others
良性新生物及びその他の新生物

**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

- 0301 Anemia
貧血
- 0302 Others
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders
内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害
- 0402 Diabetes mellitus
糖尿病

0403 Others
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V Mental and behavioural disorders **精神及び行動の障害**

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

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

0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害

0504 Mood [affective] disorders
気分[感情]障害（躁うつ病を含む）

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

0506 Mental retardation
精神遅滞

0507 Others
その他の精神及び行動の障害

VI Diseases of the nervous system **神経系の疾患**

0601 Parkinson's disease
パーキンソン病

0602 Alzheimer's disease
アルツハイマー病

0603 Epilepsy
てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system
自律神経系の障害

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

X I 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

XIII 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
腰痛症及び挫骨神経痛
- 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

XIV 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

XV 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

XVI 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

XVII 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

XVIII 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

**XIX 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
熱湯及び腐食

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。