

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. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 _____ days

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 _____

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	\$		Unit is 通貨単位

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)

診療録の番号 _____

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

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. 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。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A(様式 A)

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 (歯科)

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
傷病名 _____
 3. Date of First Diagnosis : _____ , 20_____
初診日
 4. Day of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
 5. Type of Treatment
治療の分類
 - Hospitalization : From _____ , 20____ to _____ , 20____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 - Out patient or Home Visit: _____ , 20____ to _____ , 20____
入院外 _____ , 20____ to _____ , 20____
 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 _____
- 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

翻訳者の住所・氏名

様式 A の翻訳文

診療内容明細書（歯科分）

1. 患者名 _____ 年齢(生年月日) _____

性別（男・女）

2. 傷病名

3. 初診日 年 月 日

4. 診療日数 日間

5. 治療の分類

入院 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

（ 日間）

入院外 日 日 日 日 日 日

（診療日）

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. 治療実費 → 様式 B

10. 担当医の名前及び住所

名前： 姓 _____ 名 _____

住所： 自宅 _____ TEL _____

病院又は診療所 _____ TEL _____

日付 年 月 日

RECEIPT (DENTAL)

Form B (様式B)

領収明細書 (歯科)

Request to Attending physician

担当医へお願い

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Separate receipt required for prescriptions.

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent (疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)

- Cavity (C) (虫歯)
- missing teeth (F) (欠歯)
- stomatitis (G) (口内炎)
- Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)
- extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日) _____

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-Ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Service (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used
(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

- Filling (充てん)
- Inlaying (インレー又はアンレー)
- Capping (metal) (金属冠)
- Jacket capping (ジャケット冠)
- Capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

- Bridge (ブリッジ)
- Partial artificial teeth (局部義歯)
- Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Total (計)

Signature of Doctor (担当医署名)

Currency paid
(支払通貨)

Date (日付) _____

様式 (B) の翻訳文
 RECEIPT (DENTAL)
 領収明細書 (歯科)


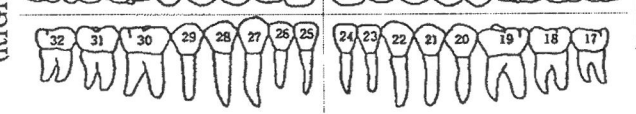
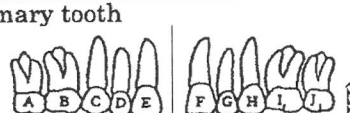
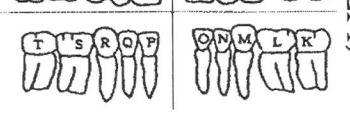
初診日	_____
診療を行った実日数	_____ day (日間)
診断料	
検査料	
レントゲン	
その他	
治療した歯の部位と治療の種類	
治療材料に金、白金を使用したときは特記してください	
充てん	
インレー又はアンレー	
・金属冠	
・ジャケット冠	
・歯冠継続歯	
欠損歯を補綴した場合その部位と種類	
・ブリッジ	
・局部義歯	
・総義歯	
病院又は診療所名称	計
_____	_____
担当医署名	支払通貨
_____	_____
日付	

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。

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) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth (Upper)  (RIGHT) (LEFT) (Lower)  (RIGHT) (LEFT)		Primary tooth  (RIGHT) (LEFT)  (RIGHT) (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					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
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 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) _____

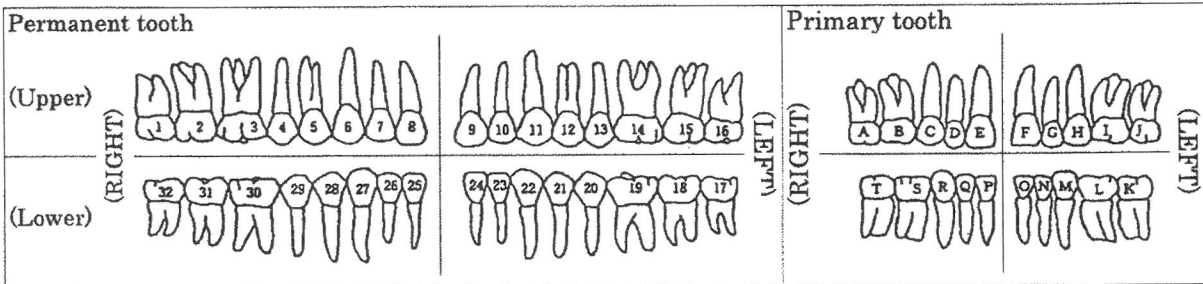
Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



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

調査にかかる同意書(海外療養費)
Agreement of Authorization

・治療開始日 Starting data of medication Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

・患者 patient

(患者名 Name of patient) _____

(住所 Address) _____

(生年月日 Date of birth) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

生長会健康保険組合 御中

私(療養を受けた者) _____ は、生長会健康保険組合の職員又は、生長会健康保険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。

To: Seichokai Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), _____ authorize Seichokai 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.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた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)が署名してください。

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.

(氏名 Signature) _____

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

(患者との関係 Relation to the insured)

本人(Self) ・ 親権者(Guardian) ・ 法定相続人(Heir) ・ その他(Other)【 _____ 】

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

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		

**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
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

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

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

**X IV Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患**

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
その他の男性生殖器の疾患

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生殖器の疾患

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

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

※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 damage and internal organ damage
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
その他の損傷及びその他の外因の影響

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

1503番(※印)は健康保険は適用されません。