

被 保 険 者

海外療養費支給申請書

被 扶 養 者

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。

①申請者本人（被保険者）が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

				申請日	年	月	日
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の記号と番号	記号	番号	②被保険者氏名			
	③被保険者の現住所	〒					
	④事業所の名称						
	⑤被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	続柄	
	⑥傷病名				⑦発病又は負傷の年月日	年 月 日	
	⑧発病又は負傷の原因	1. 業務上 2. 通勤途上 3. 第三者行為 3. その他 具体的に()					
	⑨診療又は手当を受けた 医療機関の名称等	所在地		診療をした 医師名			
		名称		電 話			
	⑩診療の内容						
	⑪診療の期間	年 月 日	日間	入院の場合 は入院期間	年 月 日	日間	
		年 月 日			年 月 日		
	⑫診療又は手当に要した費用	通貨名		金額			
	⑬療養の給付を受けることが できなかった理由（詳細に）						
	⑭第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無	ある ない	加害者の氏名 加害者の住所			
	⑮ 振込 希望 金融 機関 名	金融機関				金融機関コード	
		店名				支店コード	
預金の種別		普通・当座			口座番号		
フリガナ 口座名義							
⑯ 委 任 状	⑮被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記委任状に記入してください。 <お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。> 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名						

* コルセット・義肢・輸血に関する申請のときは、コルセット等又は輸血を必要と認めた医師の意見書（診断書）及び領収書を添付してください。

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
毎月毎、入院、入院外毎に、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) _____ 患者名	
Age (Date of Birth) _____ 年齢(生年月日)	Sex (Male, Female) _____ 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form). 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(付録参照) _____ (No. _____)	
3. Days of First Diagnosis: _____, 20 初診日	
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days 診療日数 日間	
5. Type of Treatment 治療の分類	
<input type="checkbox"/> Hospitalization: From _____, 20 to _____, 20 (_____ days) 入院 自 _____ 至 _____ (日間)	
<input type="checkbox"/> Outpatient or Home Visit: _____, 20 _____, 20 入院外 _____, 20 _____, 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: Fill in Form B 項目別治療実費 様式Bによる	
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 病院又は診療所 _____ 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 _____	

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 social insurance benefit.
 この様式は患者の社会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 a hospital/clinic
 この様式は担当医または病院の事務長が書き、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.
 各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Form B
 様式 B

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	婦	費
(9) X-Ray Examinations	X	線	検	査	費	\$
(10) Laboratory Tests	諸	検	査	費	\$	
(11) Medicines	医	薬	費	\$		
(12) Surgical Dressing	包	帯	費	\$		
(13) Anesthetics	麻	酔	費	\$		
(14) Operating Room Charge	手	術	室	費	用	\$
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)			\$		\$
				\$		\$
(16) Total	合	計	\$			

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. payment for 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ください。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital of Clinic
 担当医また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 _____

Important : **No.1503** with asterisk is not covered by the social insurance 1503 番 (※印)は社会保険の適用はされません。**I Certain infectious and parasitic diseases****感染症及び寄生虫症**

- 101 Intestinal infectious diseases
腸管感染症
- 102 Tuberculosis
結核
- 103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
主として性的伝播様式をとる感染症
- 104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
皮膚および粘膜の病変を伴うウイルス疾患
- 105 Viral hepatitis
ウイルス肝炎
- 106 Other Viral diseases
その他のウイルス疾患
- 107 Mycoses
真菌症
- 108 Other infectious and parasitic
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 109 Other infectious and parasitic
その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms**新生物**

- 201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物
- 202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物
- 203 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
- 204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物
- 207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物
- 208 Malignant Lymphoma
悪性リンパ腫
- 209 Leukaemia
白血病
- 210 Other Malignant neoplasms
その他の悪性新生物
- 211 Other benign neoplasms and other neoplasms
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障害**

- 301 Anaemias
貧血
- 302 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障害

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

- 401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害
- 402 Diabetes mellitus
糖尿病
- 403 Others diseases of endocrine, nutrition and metabolism
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**

- 501 Vascular dementia and Unspecified dementia
血管性及び詳細不明の痴呆
- 502 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
- 503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
精神分裂症・分裂病型障害及び妄想性障害

- 504 Mood [affective] disorders
気分感情障害(躁うつ病を含む)
- 505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
神経性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害
- 506 Mental retardation
精神遅滞
- 507 Other psychoses disorders of
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**

- 601 Parkinson's diseases
パーキンソン病
- 602 Alzheimer's diseases
アルツハイマー病
- 603 Epilepsy
てんかん
- 604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
- 605 Disorders of autonomic nervous
自律神経系の障害
- 606 Others diseases of the nervous
その他の神経系の疾患

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

- 701 Conjunctivitis
結膜炎
- 702 Cataract
白内障
- 703 Disorders of refraction and accommodation
屈折及び調節の障害
- 704 Other diseases of eye and
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**

- 801 Otitis externa
外耳炎
- 802 Other disorders of external ear
その他の外耳疾患
- 803 Otitis media
中耳炎
- 804 Other diseases of middle ear and mastoid
その他の中耳及び乳様突起の疾患
- 805 Disorders of vestibular function
メニエール病
- 806 Other diseases of inner ear
その他の内耳疾患
- 807 Other disorders of ear
その他の耳疾患

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

- 901 Hypertensive diseases
高血圧性疾患
- 902 Ischaemic heart diseases
虚血性心疾患
- 903 Other forms of heart disease
その他の心疾患
- 904 Subarachnoid hemorrhage
くも膜下出血
- 905 Intracerebral hemorrhage
脳内出血
- 906 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries
脳梗塞
- 907 Cerebral arteriosclerosis
脳動脈硬化症
- 908 Other cerebrovascular diseases
その他の脳血管疾患
- 909 Atherosclerosis
動脈硬化症

911	Hypotension 低血圧症	1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害
912	Other disorders of circulatory その他の循環器系の疾患	1305	Cervicobrachial 頸腕症候群
X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患	1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛
1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎[かぜ]	1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性咽頭炎及び急性扁桃腺炎	1308	Shoulder lesions 肩の障害
1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症	1309	Disorders of bone density and 骨の密度及び構造の障害
1004	Pneumonia 肺炎	1310	Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎	XIV	Diseases of the genitourinary system 尿路性器系の疾患
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1402	Renal failure 腎不全
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	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1009	Chronic obstructive pulmonary 慢性閉塞性肺疾患	1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患
1010	Asthma 喘息	1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大(症)
1011	Other diseases of respiratory その他の呼吸器系の疾患	1406	Other diseases of male genital その他の男性性器の疾患
XI	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1407	Menopausal and postmenopausal 月経障害及び閉経周辺期障害
1101	Dental caries う蝕	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患	XV	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害	1501	Pregnancy with abortive outcome 流産
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1502	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the 妊娠中毒症
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	※	1503 Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
1106	Haemorrhoids 痔核	•	1504 Others Pregnancy, childbirth and the puerperium その他の妊娠・分娩及び産じょく
1107	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	XVI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1108	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	1601	Disorders related to length of gestation and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1109	Liver cirrhosis not elsewhere classified 肝硬変(アルコール性のものを除く)	1602	Others Certain conditions originating in the perinatal period その他の周産期に発生した病態
1110	Other disorders of liver その他の肝疾患	XVII	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1111	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1112	Diseases of pancreas 膵疾患	1702	Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities その他の先天奇形・変形及び染色体異常
1113	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	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
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	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
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	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
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1901	Fracture 骨折
1203	Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
XIII	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系の結合組織の疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	1904	Poisoning 中毒
1302	Arthrosis 関節症	1905	Others Injury, poisoning and certain other consequences of その他の損傷及びその他の外因の影響
1303	Spondylopathise 脊椎障害(脊椎症を含む)		

海外療養費支給申請書の診療内容明細書翻訳文

1. 患者名 _____ 生年月日 _____ 性別 _____

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

(No. _____)

3. 診療日 _____, _____, _____, _____, _____, _____
_____, _____, _____, _____, _____, _____

4. 診療日数 _____ 日

5. 症状の概要

6. 処方、手術その他の処置の概要

7. 担当医の名前及び住所

姓 _____ 名 _____

病院 _____

住所 _____ 電話 _____

翻 訳 者

所 在 地 _____

名 称 _____

氏 名 _____

電 話 _____

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 (Starting date of medication) _____ 年(Year) _____ 月(Month) _____ 日(Day)
・患者 (patient)
患者名 (Name of patient) _____
住所 (Address) _____
生年月日(Date of birth) _____ 年(Year) _____ 月(Month) _____ 日(Day)

セコム健康保険組合 御中

私(療養を受けた者) _____ は、セコム健康保険組合の職員又はセコム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)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セコム健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: SECOM Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize SECOM 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 place, and any treatment records and information from the medical organization in order the treatment, 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.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。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.

氏名 (Signature) _____

住所 (Address) _____

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

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カ月間です。

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

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.