

(注意事項)

- 1) 所要事項はもれなく記入し記入もれないようにしてください。
- 2) 被保険者証で治療等を受ける事が出来なかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く他はその理由を具体的に記入してください。
- 3) 医科、歯科等の申請に該当するものをマルでかこんでください。
- 4) 発病又は負傷の原因が特に外傷の場合は別紙「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別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- 6) 記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押印してください。
- 7) 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 | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|--|--------------|----------|-------|----------|-----|---|-----|--|---|
| 被保険者証記号番号 | | 90 - | | | | | | | | 家族 | | |
| 療養を受けた被保険者 | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 3 昭和 | | | 4 平成 | | | 年 | 月 | | | 日 |
| 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者が記入するところ | 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 | | | 年 月 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 | (被保険者証で治療等を受けられなかった具体的な理由) | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | |
| 提出日: | | 年 月 日 | | 組合員 (申請人) 住所 | | 氏名 | | (印) | | | | |
| 中央建設国民健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--------|--------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| ※身元確認欄 | 確認者 | <input type="checkbox"/> 支部 | <input type="checkbox"/> 出張所 () | ※印欄は支部・出張所において確認のうえ記入してください。 | |
| | 届出人 | <input type="checkbox"/> 組合員 | <input type="checkbox"/> 代理人 () | | |
| | 身元確認書類 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 代理権確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 | <input type="checkbox"/> 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 | | |

(本 部 用)

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 Number of International Classification
 of diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)
 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (裏面参照)

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y _____ / _____ / _____
 初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : _____ days
 診療日数 _____ 日

5. Type of Treatment :
 治療の分類

Hospitalization : From _____, to _____ (_____ days)
 入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)

Out patient 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 : 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 _____ 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 _____

Form 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) X - ray examination | X線検査費 | \$ _____ | |
| (9) Medication | 医薬費 | \$ _____ | |
| (10) Anesthetics | 麻酔費 | \$ _____ | |
| (11) Operating room charge | 手術室費用 | \$ _____ | |
| (12) Others (specify) | その他 (項目明記) | \$ _____ | \$ _____ |
| (13) Total | 合 計 | \$ _____ | |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.

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及び住所

| | | | |
|------|--------|-------|-------|
| Name | : Last | First | Title |
| 名前 | 姓 | 名 | 称号 |

| | | |
|---------|----------------|----------|
| Address | : Home 自宅 | Phone 電話 |
| 住所 | Office 病院又は診療所 | Phone 電話 |

| | | |
|------|---|-----------|
| Date | : | Signature |
| 日付 | | 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) Insured (Patient)
(被保険者姓名 Name of the insured) _____
(住址 Address) _____
(出生日期 Date of birth) _____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、貴市（区町村）の職員あるいは、貴市（区町村）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、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

To: Chuoukensetukokuminkenkouhokenkumiai

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office 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：Chuoukensetukokuminkenkouhokenkumiai

本人（療養接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）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，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

시구읍면귀중:Chuoukensetukokuminkenkouhokenkumiai

본인（요양을받은자）_____와저의세대주_____

는시구읍면직원혹은그와관련된업무위탁업체가해외요양비신청서류에기재된사실(요양일, 장소, 요양내용)을확인하기위해해당요양기관에

조회를하거나해당요양기관으로부터정보를제공받는데동의합니다.

또한위확인에여권사본이필요한경우시구읍면에여권을제시하는데동의합니다.

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.

須由接受治疗的被保險人本人签字・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 피보험자 본인이 서명·날인을 하여야 합니다. 피보험자 본인이 미성년자 또는 피성년자 후견인인 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1年間です。

Signature

(Signature) _____

(Address)

(Date) Year _____ Month ____ Day ____

(Relation to the insured) : Self • Guardian • Heir • Other

※ This agreement of authorization expires twelve 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1年内有效。

서명. 날인

(성명): _____ 인

(주소): _____

(날짜): _____ 년 _____ 월 _____ 일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)

*본 동의서는 서명일로부터 1년간 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.