

## 健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者  申 請 者  の 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	(記号) _____ (番号) _____	事業所名				
	被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の住所	〒 _____ TEL _____ ( _____ )					
	傷病名		発病又は負傷 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師・ 歯科医師等住所氏名	名称			医師名		
		所在地					
	診療又は手当の内容						
	コルセット等装具装着年月日		年	月	日	装着	
	診療又は手当の期間	年	月	日から	日間	診療又は手当に要した 費用の額	金
	年	月	日まで				
保険診療を受けることが できなかった理由							
傷病が第三者の行為によ るものであるときはその事 実、及び第三者の住所氏 名							
申請が被扶養者に関する ものであるときはその氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
		(フリガナ)	普通 当座 その他( _____ )		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係( _____ )		受付年月日	
			年	月		日
	被 保 険 者 ( 申 請 者 )	住所	住所			
		氏名	代理人	電話	( _____ )	
		氏名				

※裏面の注意事項を参照のうえ、申請する際は添付書類を忘れないようにして下さい。

# 海外療養費について

海外で、病気やけがにより、やむを得ず現地の医療機関を受診された場合は、その治療費について療養費（海外療養費）として払い戻しが受けられます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療に限られ、治療目的で海外へ渡航した場合などは支給対象外となります。

## 申請に必要な書類

医科の場合	歯科の場合
①療養費支給申請書	①療養費支給申請書
②様式 A（診療内容明細書）	②歯科診療内容明細書
③様式 A の翻訳	③歯科領収明細書
④様式 B（領収明細書）	④領収書（原本）
⑤様式 B の翻訳	⑤旅券、航空券その他海外に渡航していた事実が確認できる書類の写し（パスポートなど）
⑥領収書（原本）	⑥療養を担当した医師等に照会するときのための同意書
⑦旅券、航空券その他海外に渡航していた事実が確認できる書類の写し（パスポートなど）	
⑧療養を担当した医師等に照会するときのための同意書	

## 申請の手続き

- ・ 申請書類は、受診者、診療月・医療機関・入院・外来ごとにそれぞれ 1 枚ずつ作成してください。
- ・ 医科・歯科とも②及び③については治療を受けた医師に記入してもらってください。外国語で作成している場合は翻訳が必要となります。
- ・ 現地で支払った領収書についても診療内容を確認するため、別途翻訳をお願いする場合があります。

## 《留意事項》

- 美容目的や治療目的など、日本で保険診療が認められていないもの及び業務上によるけが等は療養費の対象外です。
- 支給額は、日本国内で同様の病気又はけがを治療した際にかかる保険診療の費用（10 割）の実績に基づき算定した額を基に計算をします。ただし、実際に海外で支払った治療費（円換算した額）が、算定した額を下回る場合は、実際に海外で支払った治療費を基に計算をします。  
日本と海外では、医療体制や治療方法などが異なるため、実際に海外で支払った治療費から自己負担額を控除した額よりも支給額が大幅に少なくなることもあります。
- 治療費の支払日の翌日から 2 年を経過した場合は、時効により申請ができなくなります。
- 海外へ直接送金及び支給決定通知書の送付はしませんので、日本国内の金融機関口座と住所をご記入ください。被保険者以外方の口座へ振込みを希望する場合は、療養費支給申請書の受取代理人欄で受領の委任ができます。

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

治療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(Starting date of medication Year Month Day)

患者  
(Patient)

患者名  
(Name of patient)

住 所  
(Address)

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

大阪自転車健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 \_\_\_\_\_ は、大阪自転車健康保険組合の職員又は、大阪自転車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、療養行為を行なった者に照会を行い、該当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、パスポートを大阪自転車健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To Osakajitensha health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Osakajitensha 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.

---

署名欄  
(Signatere)

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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(Date Year Month Day)

患者との関係 : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
(Relation to the insured : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other )

※本同意書の有効期限は署名日から3カ月間です。

※This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.

# 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、この様式一枚が必要です。

## Form A 様式A

### 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 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(P1~P4参照)  
\_\_\_\_\_  
(No. \_\_\_\_\_)
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_  
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  
 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 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 : 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 \_\_\_\_\_

## 様式Aの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

外国語で記載された部分のみ翻訳してください。

2. 傷病名

---

6. 症状の概要

---

---

---

---

---

7. 処方、手術その他の処置の概要

---

---

---

---

---

翻訳者記入欄(翻訳者自署)	
氏名	
住所	電話番号 _____

# Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- 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。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.  
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名してください。
- 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、この様式一枚が必要です。
- 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下さい。

## 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) Anaesthetics	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	\$	Unit is 通貨単位

**Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment , i.e. , payment for a luxurious room change.**  
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 / Superintendent of Hospital or Clinic**  
担当医又は病院事務長の名前及び住所

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 \_\_\_\_\_

## 様式Bの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(処方日、薬の名称、用量)

【記入例】○月○日処方『○○カプセル100mg』1日○錠×○日分

---

---

---

---

---

(15) その他(項目明記)

---

---

---

---

---

翻訳者記入欄(翻訳者自著)	
氏名	
住所	

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

社会保険用国際疾病分類表

Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	0208 Malignant Lymphoma 悪性リンパ種
0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0209 Leukaemia 白血病
0102 Tuberculosis 結核	0210 Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物
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	0211 Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物
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	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
0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎	0301 Anaemias 貧血
0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患	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 構の障害
0107 Mycoses 真菌症	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0109 Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0402 Diabetes mellitus 糖尿病
Neoplasms 新生物	0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0501 Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪新生物	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
0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0504 Mood[ affective ] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
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	



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	0805	Disorders of vestibular function メニエール病
0506	Mental retardation 精神遅滞	0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害	0807	Other disorders of ear その他の耳疾患
	Diseases of the nervous system 神経系の疾患		Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0601	Parkinson's disease パキンソン病	0901	Hypertensive diseases 高血圧性疾患
0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病	0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0603	Epilepsy てんかん	0903	Other forms of heart disease その他の心疾患
0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害	0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0606	Others その他の神経系の疾患	0906	Occlusion of precerebral and cerebral arteries 脳梗塞
	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
0701	Conjunctivitis 結膜炎	0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
0702	Cataract 白内障	0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	0910	Haemorrhoids 痔核
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	0911	Hypotension 低血圧(症)
	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患
0801	Otitis externa 外耳炎		Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1001	Acute nasopharyngitis[common cold] 急性鼻咽頭炎[かぜ]
0803	Otitis media 中耳炎	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性咽頭炎及び急性扁桃炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	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	1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー - 性鼻炎	1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患
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	X	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患
1009	Chronic obstructive pulmonary disease 慢性閉塞性肺疾患	1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害
1010	Asthma 喘息	1302	Arthrosis 関節症
1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患	1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）
XI	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害
1101	Dental caries う蝕	1305	Cervicobrachial 頸腕症候群
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患	1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害	1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1308	Shoulder lesions 肩の傷害
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1106	Alcoholic liver diseases アルコ - ル性肝疾患	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
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	X	Diseases of the genitourinary system 尿路性器系の疾患
1108	Liver cirrhosis 肝硬変（アルコール性のものを除く）	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
1109	Other disorders of liver その他の肝疾患	1402	Renal failure 腎不全
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1111	Diseases of pancreas 膵疾患	1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患
1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大（症）
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患		

1406	Other diseases of male genital organs その他の男性性器の疾患	X	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
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	X	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
1501	Pregnancy with abortive outcome 流産		
1502	Oedema, 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	X	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく		
XVII	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態		
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		
1602	Others その他の周産期に発生した病態		
			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
			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
			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 熱傷及び腐食
			1904 Poisoning 中毒
			1905 Others その他の損傷及びその他の外因の影響

Important : 1503 with asterisk is not covered by the social insurance.

1503 番 (\*印) は社会保険は適用されません。