

海外療養費申請用添付書類様式

- 診療内容明細書(Form A) 及び同訳文
- 領収明細書(Form B) 及び同訳文
- 歯科診療内容兼領収明細書(Form C) 及び同訳文
- 調査に関わる同意書
- 受診したときの渡航記録が記載されたパスポートの写し

(参考資料) 後期高齢者医療制度用国際疾病分類表

広島県後期高齢者医療広域連合

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. この様式は患者の後期高齢者医療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 (男・女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of Long-term Care Insurance (See the attach documents)
傷病名及び後期高齢者医療制度用国際疾病分類番号 (別紙参照)
_____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____
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。 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 _____ 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 _____

翻訳（様式Aの続紙）

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	
住 所	電話

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic
担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の後期高齢者医療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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
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。

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) 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	Phone
住所		自宅	電話
		Office	Phone
		病院又は診療所	電話

Date	:	Signature
日付		署名

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	
住 所	電 話

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic 担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の後期高齢者医療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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
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1枚が必要です。
Separate receipt required for prescriptions.
薬剤料は別に処方箋を添付のこと。

Attending Dentist's Statement 歯科診療明細書

Form C

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) ・ Pyorrhea 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) _____			Currency paid (支払通貨) _____ _____
Services (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)			
・ 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)			
Date (日付)			

翻訳（様式 C の続紙：歯科）

その他

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	
住 所	電 話

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 ____

・ 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 ____

広島県後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、_____ は、貴広域連合の職員あるいは、貴広域連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、パスポートを貴広域連合に提示することも併せて同意します。

To: Hiroshima Prefectural Association of Medical Care Services for Elderly Citizens

I (patient who has received treatment), _____ authorize the Prefectural Association 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

署名は、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) _____

(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.

後期高齢者医療制度用国際疾病分類表

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イルス疾患
- 0105 **Viral hepatitis**
ウイルス肝炎
- 0106 **Other viral diseases**
その他のウイルス疾患
- 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
- 0506 **Mental retardation**

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
- 0806 **Other diseases of inner ear**

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

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	X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患
1006	Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1202	Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹
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	1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患	X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患
1010	Asthma 喘息	1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害
1011	Others その他の呼吸器系の疾患	1302	Arthrosis 関節症
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）
1101	Dental caries う蝕	1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害
1102	Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患	1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群
1103	Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構	1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	1308	Shoulder lesions 肩の障害
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	1310	Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
1108	Liver cirrhosis 肝硬変（アルコール性のものを除く）	X IV	Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患
1109	Other diseases of liver その他の肝疾患	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1402	Renal failure 腎不全
1111	Diseases of pancreas 膵疾患	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1112	Others その他の消化器系の疾患		

1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患	XVII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大（症）	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1406	Other diseases of male genital organs その他の男性性器の疾患	1702	Others その他の先天奇形、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	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
1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患	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
XV	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく	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
1501	Abortion 流産	1901	Fracture 骨折
1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症	1902	Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1503	Single spontaneous delivery * 単胎自然分娩	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく	1904	Poisoning 中毒
XVI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態	1905	Others その他
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		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the Long-term Care Insurance.
1503 番(*印)は後期高齢者医療制度は適用されません。