

支給決定書

										常務理事		事務長		係員		担当者	

支出科目		款	保険給付費		項	法定給付費		目	療養費			担当印		健保受付印									
			保険給付費			法定給付費			第二家族療養費														
支給金額							円		資格取得日		昭和 平成 令和	年	月						日				
支給期間	自	令和	年	月	日	資格喪失日		平成 令和	年	月	日												
	至	令和	年	月	日	被扶養者 認定日		昭和 平成 令和	年	月	日												
備考															支給日								

被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

被保険者等 記号と番号		記号		番号												
傷病名						発病又は負傷の年月日 (療養開始日)				令和	年	月	日			
発病又は負傷の原因																
発病又は負傷の経過																
診療、薬剤の支給または手当を受けた 医師または歯科医師 その他の者の氏名及び住所																
診療、薬剤の支給または手当の内容																
療 養 費 の 区 分	1. 立替払い等		療養の原因 (コード)				施術回数		1 回		3. 生血		輸血回数		回	
	2. 治療用装具		治療用装具 (コード)		支給種別		1		初回支給		装着年月日		令和	年	月	日
							2		補修		診療、薬剤の支給または 手当に要した費用の金額					
							3		再支給							
診療、薬剤の支給 または 手当の期間		自	令和	年	月	日	日間	入院・入院外の別		自	令和	年	月	日	日間	
		至	令和	年	月	日	日間	入院 入院外		至	令和	年	月	日	日間	
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)																
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報)		氏名						住所								
		その事実														
請求が被扶養者に関するときは、 その者の氏名・生年月日・続柄		氏 名						生 年 月 日						続柄		
		氏		名				昭和 平成 令和	年	月	日					
振 込 先 指 定 口 座	公金受取口座		<input type="checkbox"/>		マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に☑をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)											
	振込先口座	申請者 OR 代理人							銀行		支店					
			(金 融 コ ー ド)								支店コード					
			普通							口座名義 (カタカナ)						
氏名		氏 名				生年月日		昭和 平成	年	月	日					
住所		〒 -						電話		- -						
事業主の名称 所在地																
HOYA健康保険組合理事長 殿		上記によって請求します。 令和 年 月 日														

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、海外療養費の受領方を委任します。

委任 状	代理人	氏名 住所	印											
---------	-----	----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。
【添付書類】様式A診療内容証明書/様式B領収明細書/様式A・B日本語訳(翻訳はどなたでもかまいません。翻訳者の署名・住所・電話及び押印をお願いいたします。)/領収書原本
令和7年4月1日現在

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.
毎月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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 (男・女) _____ |
| 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 _____ days
診 療 日 数 _____ | | |
| 5. Type of Treatment
治 療 の 分 類 | | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalization | From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入 院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間) | |
| <input type="checkbox"/> 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
治療は事故の傷害によるものですか。 | | Yes <input type="checkbox"/>
はい |
| | | No <input type="checkbox"/>
いいえ |
| 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 (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 _____ | |
| 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 _____ | | |

■邦訳（A）

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

⑩

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.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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 Examination	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)	The Others (Specify)	そ の 他 (項 目 明 記)	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
(16)	Total	合 計	\$

*Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

**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。

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、治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Adress of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name (名前)	: Last (姓)	First (名)	Title (称号)
Adress (住所)	: 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

■邦訳（B）

(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) その他（特記事項）

翻訳者

住所

氏名

印

電話

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

健康保険用国際疾病分類

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 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ィルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウィルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖 尿 病
0106	Other viral diseases その他のウィルス疾患	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認知症
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		
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物		

0605 Disorders of autonomic
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 Other diseases of the eye and adnexa
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

0806 Other diseases of inner ear
その他の内耳疾患

0807 Other disorders of ear
その他の耳疾患

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

0901 Hypertensive diseases
高血圧性の疾患

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 hemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage
脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries
脳梗塞

0907 Cerebral arteriosclerosis
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 Haemorrhoids
痔核

0911 Hypotension
低血圧症

0912 Other disorders of circulatory system
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]（感冒）

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性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

1006 Vasomotor and allergic rhinitis
アレルギー性鼻炎

1007 Chronic sinusitis
慢性副鼻腔炎

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

1009 Chronic obstructive pulmonary diseases
慢性閉塞性肺疾患

1010 Asthma
喘息

1011 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸器系の疾患

XI Diseases of the digestive system
消化器系の疾患

1101 Dental caries
う蝕

1102 Gingivitis and periodontal diseases
歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other disorders of teeth and supporting
structures
その他の歯及び歯の支持組織の障害

1104 Gastric and duodenal ulcer
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍

1105 Gastritis and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎

1106 Alcoholic liver disease
アルコール性肝疾患

1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified
慢性肝炎（アルコール性のものを除く）

1108 Liver cirrhosis
肝硬変（アルコール性のものを除く）

1109 Other disorders of liver
その他の肝疾患

1110 Cholelithiasis and cholecystitis
胆石症及び胆のう炎

1111 Diseases of pancreas
膵疾患

1112	Other diseases of digestive system	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
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	XV	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501	Pregnancy with abortive outcome
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠高血圧症候群
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	*1503	Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
XIII	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	XVI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302	Arthrosis 関 節 症	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	XVII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1306	Low back pain and sciatica 腰椎症及び坐骨神経痛	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害	XVIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere lassified 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
1308	Shoulder lesions 肩の障害（損傷）	1800	Symotoms, 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
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	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
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	1901	Fracture 骨 折
XIV	Diseases of the genitourinary system 腎尿路生殖器系の疾患	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内蔵の損傷
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1402	Renal failure 腎 不 全	1904	Poisoning 中 毒
1403	Urolithiasis 尿路結石症	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
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		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the Health Insurance.
1503番（＊印）は健康保険は適用されません。