

# 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 自宅 Phone 電話  
 住所 Office 病院又は診療所 Phone 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) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Baby teeth (乳歯) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">V IV III II I</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">I II III IV V</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">V IV III II I</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">I II III IV V</td> </tr> </table>	V IV III II I	I II III IV V	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								
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								
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) _____ Signature of Doctor (担当医署名) _____ Date (日付) _____	Total (計) _____								

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
- 1006 **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 **Others**  
その他の呼吸器系の疾患
- X I Diseases of the digestive system**  
消化器系の疾患
- 1101 **Dental caries**  
う蝕
- 1102 **Gingivitis and periodontal disease**  
歯肉炎及び歯周疾患
- 1103 **Other diseases of teeth and supporting structures**  
その他の歯及び歯の支持機構
- 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 diseases 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 **Others**  
その他の消化器系の疾患
- X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue**  
皮膚及び皮下組織の疾患
- 1201 **Infections of the skin and subcutaneous tissue**  
皮膚及び皮下組織の感染症
- 1202 **Dermatitis and eczema**  
皮膚及び湿疹
- 1203 **Others**  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患
- X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue**  
筋骨格系及び結合組織の疾患
- 1301 **Inflammatory polyarthropathies**  
炎症性多発性関節障害
- 1302 **Arthrosis**  
関節症
- 1303 **Spondylopathies**  
脊椎障害（脊椎症を含む）
- 1304 **Intervertebral disc disorders**  
椎間板障害
- 1305 **Cervicobrachial syndrome**  
頸腕症候群
- 1306 **Low back pain and sciatica**  
腰痛症及び坐骨神経痛
- 1307 **Other dorsopathies**  
その他の脊柱障害
- 1308 **Shoulder lesions**  
肩の障害
- 1309 **Disorders of bone density and structure**  
骨の密度及び構造の障害
- 1310 **Others**  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
- X IV Diseases of the Genitourinary system**  
尿路性器系の疾患
- 1401 **Glomerular diseases**  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
- 1402 **Renal failure**  
腎不全
- 1403 **Urolithiasis**  
尿路結石症

1404	<b>Other diseases of urinary system</b> その他の尿路系の疾患	XVII	<b>Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities</b> 先天奇形、変形及び染色体異常
1405	<b>Hyperplasia of prostate</b> 前立腺肥大（症）	1701	<b>Congenital anomalies of heart</b> 心臓の先天奇形
1406	<b>Other diseases of male genital organs</b> その他の男性性器の疾患	1702	<b>Others</b> その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1407	<b>Menopausal and postmenopausal disorders</b> 月経障害及び閉経周辺期障害	XVIII	<b>Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified</b> 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	<b>Other disorders of breast and female genital organs</b> 乳房及びその他の女性性器の疾患	1800	<b>Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified</b> 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	<b>Pregnancy, childbirth and the puerperium</b> 妊娠、分娩及び産じょく	XIX	<b>Injury, poisoning and certain other consequences of external causes</b> 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1501	<b>Abortion</b> 流産	1901	<b>Fracture</b> 骨折
1502	<b>Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium</b> 妊娠中毒症	1902	<b>Intracranial injury and injury to organs</b> 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1503	<b>Single spontaneous delivery *</b> 単胎自然分娩	1903	<b>Burns and corrosions</b> 熱傷及び腐食
1504	<b>Others</b> その他の妊娠、分娩及び産じょく	1904	<b>Poisoning</b> 中毒
XVI	<b>Certain conditions originating in the perinatal period</b> 周産期に発生した病態	1905	<b>Others</b> その他
1601	<b>Disorders related to pregnancy and fetal growth</b> 妊娠及び胎児発育に関連する障害		
1602	<b>Others</b> 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。