

健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書 家 族 療 養 付 加 金

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。
※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印		生年月日
			(印) (★)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の 現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号 ()	
③ 個人番号(マイナンバー) (*上記①欄/記号番号記入 の場合は、不要です)			④ 事業所名称		
⑤ 受診者が被扶養者 のときは、その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		続柄
⑥ 傷病名					
⑦ 発病又は負傷の原因 について	(いつ) 平成 年 月 日 (曜日)		午前・午後 時頃		(どこで) (何をしていて) (何が起った)
⑧ 診療を受けた 医療機関	名称	所在地			
⑨ 診療を受けた期間	(自) 平成 年 月 日	() 日間	⑩ 療養に要した 費用の額		円
⑨ (至) 平成 年 月 日					
⑪ 診療の内容					
◇◇添付書類は、すべて原本をご提出ください◇◇					
⑫ 申請理由及び添付書類 (右記該当するものに✓を入れ、添付書類を同封し、ご提出ください)	<input type="checkbox"/> 1. 立替払いの場合(以前の保険証使用による受診) ⇒		(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証		
	<input type="checkbox"/> 2. 海外療養費の場合(海外にて受診) ⇒ (渡航理由:)		「添付書類」 (1) 診療内容明細書 (2) 領収証 (3) 領収明細書 (4) 上記書類の日本語翻訳 (5) 渡航期間のわかるパスポートの写し (6) 同意書		
	<input type="checkbox"/> 3. 生血の場合(輸血の生血代) ⇒		(1) 保険医による輸血証明書 (2) 生血代金領収証		
	<input type="checkbox"/> 4. 緊急やむを得ず自費の場合 ⇒ (保険証を提示できなかった理由)		(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証		
	<input type="checkbox"/> 5. 移植のために骨髄、臍帯血等を搬送した場合 ⇒		(1) 保険医の意見書 (2) 領収証		
⑬ 第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑭ 第三者の行為によって負傷した事実を 東京不動産業健康保険組合に		<input type="checkbox"/> 届出した <input type="checkbox"/> 届出していない

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

振込先金融機関の欄

銀行・店名	(店番号)	(店名)	本店	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。		
	銀行・金庫		支店			
預金種別	普通・当座			(氏名) (★)		
口座番号 (左づめでご記入ください)				被保険者と代理人との関係	配偶者・親子・その他()	
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)			代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ	(氏名) (☆)	

[注意事項]

- 個人・医療機関・診療月・入院・外来別にそれぞれ申請書が1枚必要となります。
- 傷病の原因が怪我等の場合は、別紙「負傷原因届」(ホームページから取得可)を添付し、併せてご提出ください。
- 傷病の原因が第三者の行為による場合は、必ず「第三者行為による傷病届」(ホームページから取得可)も併せてご提出ください。

〔提出書類〕（提出する前に改めてご確認ください。）

(1) 健康保険 被保険者・家族 療養費・療養付加金支給申請書

(2) 添付書類(下記参照)

(※ 添付書類は原本が必要となります。)

療養の種類		添付書類	注意事項
① 立替払い	以前の保険証で受診したとき	(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証	・診療報酬明細書はお支払いになった(旧)医療保険者からもらってください。(開封厳禁) ・(旧)医療保険者に支払った領収証
② 海外療養費	海外で病気やけがをしたとき	(1) 診療内容明細書 (2) 領収書 (3) 領収明細書 (4) 上記書類の日本語翻訳 (5) 渡航期間がわかるパスポートの写し (6) 同意書	・明細書、領収証が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所、氏名のある翻訳文 ・パスポートの写しは、所持者、入出国記録のわかるもの(海外勤務または海外在住の場合は添付不要)。
③ 生血	輸血を受けたとき	(1) 保険医による輸血証明書 (2) 生血代金領収証	・輸血を必要と認めた医師の証明書(輸血の回数が記されているもの) ・領収証には、血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載されているもの
④ 自費	緊急やむを得ず急病のため、保険証なしで受診したとき	(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証	・医療機関より、診療報酬明細書(病名の記載があるもの)が発行されない場合のみ、別紙(入院または外来明細書)に記入を依頼してください。 ・歯科診療、調剤分は、医療機関から必ず診療報酬明細書を発行してもらってください。
⑤ 搬送費用	移植のために骨髄液、臍帯血等を搬送したとき	(1) 保険医による意見書 (2) 領収証	・移植を必要と認めた医師の意見書が発行されない場合のみ、別紙(搬送に関する医師意見書)に記入を依頼してください。 ・領収証には、搬送にかかった運賃等の内訳が記載されているもの

※はり、きゅう、あんま、マッサージ、治療用装具は、申請書が異なります。

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

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 _____ 年令(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 Social Insurance (See the attached paper)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(別紙参照)
 3. Date of First Diagnosis : _____, 20
初診日
 4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
 5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, 20 to _____, 20 (_____ days)
入院自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
 Out patient or Home Visit : _____, 20 _____, 20
入院外 _____, 20 _____, 20
 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 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ 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 _____

Form B
様式 B

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

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	職業看護婦費	\$	
(9) X-Ray Examinations	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(特記せよ)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

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

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

Date : Signature
日付 : 署名

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
 社会保険用国際疾病分類表

I Infectious and Parasitic Diseases 感染症及び寄生虫症	25 Affective psychoses 躁うつ病
1 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	26 Other psychoses その他の精神病
2 Tuberculosis 結核	27 Neurotic disorders 神経症
3 Viral diseases accompanied by exanthem 発疹を伴うウイルス疾患	28 Alcohol dependence syndrome アルコール依存
4 Viral hepatitis ウイルス肝炎	29 Other nonpsychotic mental disorders その他の非精神病性精神障害
5 Other Viral diseases その他のウイルス疾患	30 Mental retardation 精神薄弱
6 Syphilis and other venereal diseases 性病	VI Diseases of the Nervous System and Sense Organs 神経系及び感覚器の疾患
7 Mycoses 真菌症	31 Disorders of autonomic nervous system 自律神経障害
8 Others その他の感染症及び寄生虫症	32 Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性小児麻痺及びその他の麻痺性症候群
II Neoplasms 新生物	33 Epilepsy てんかん
9 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	34 Other diseases of central nervous system その他の中枢神経系の疾患
10 Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum 小腸、結腸及び直腸の悪性新生物	35 Disorders of peripheral nervous system 末梢神経系の障害
11 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	36 Cataract 白内障
12 Malignant neoplasm of female breast 女性乳房の悪性新生物	37 Conjunctivitis 結膜炎
13 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	38 Other disorders of eye その他の眼の疾患
14 Leukaemia 白血病	39 Otitis media 中耳炎
15 Malignant neoplasm of other and unspecified sites その他及び部位不明の悪性新生物	40 Other disorders of ear その他の耳の疾患
16 Other neoplasm その他の新生物	VII Diseases of the Circulatory system 循環系の疾患
III Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	41 Rheumatic fever and rheumatic heart disease リウマチ熱及びリウマチ性心疾患
17 Disorders of thyroid gland 甲状腺の疾患	42 Hypertensive disease 高血圧性疾患
18 Diabetes mellitus 糖尿病	43 Ischemic heart disease 虚血性心疾患
19 Gout 痛風	44 Other forms of heart disease その他の心疾患
20 Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	45 Subarachnoid and intracerebral haemorrhage 脳出血
IV Diseases of Blood and Blood-Forming Organs 血液及び造血器の疾患	46 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
21 Anaemias 貧血	47 Other cerebrovascular disease その他の脳血管疾患
22 Others その他の血液及び造血器の疾患	48 Atherosclerosis じゅく状硬化症
V Mental Disorders 精神障害	49 Other disorders of circulatory system その他の循環系の疾患
23 Senile and presenile organic psychotic conditions 老年期及び初老期の器質性精神病	VIII Diseases of the Respiratory system 呼吸系の疾患
24 Schizophrenic psychoses 精神分裂病	50 Acute respiratory infections 急性上気道感染
	51 Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis, not specified as acute or chronic 急性及び詳細不明の気管支炎

- 52 Chronic sinusitis
慢性副鼻腔炎
- 53 Allergic rhinitis
アレルギー性鼻炎
- 54 Pneumonia
肺炎
- 55 Influenza
インフルエンザ
- 56 Chronic bronchitis
慢性気管支炎
- 57 Asthma
喘息
- 58 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸系の疾患
- IX Diseases of the Digestive System**
消化系の疾患
- 59 Diseases of teeth and supporting structures
歯及び歯の支持組織の疾患
- 60 Gastric and duodenal ulcer
歯及び十二指腸潰瘍
- 61 Gastric and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎
- 62 Appendicitis
虫垂炎
- 63 Hernia and intestinal obstruction
腸閉塞及びヘルニア
- 64 Liver cirrhosis
肝硬変
- 65 Chronic liver disease
慢性肝炎
- 66 Other disorders of liver
その他の肝の疾患
- 67 Cholelithiasis and gallbladder
胆石症及び胆のう炎
- 68 Other diseases of digestive system
その他の消化系の疾患
- X Diseases of the Genitourinary System**
泌尿生殖系の疾患
- 69 Nephritis and nephrosis
腎炎及びネフローゼ
- 70 Renal failure
腎不全
- 71 Calculus of urinary system
泌尿系の結石
- 72 Other diseases of urinary system
その他の泌尿系の疾患
- 73 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大症
- 74 Other disorders of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患
- 75 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経期の障害
- 76 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患
- XI Complications of pregnancy, Childbirth and the Puerperium**
妊娠、分娩及び産じょくの合併症
- 77 Pregnancy with abortive outcome
流産
- 78 Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy
妊娠中毒症
- *79 Delivery in a completely normal case
正常分娩
- 80 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょくの合併症
- XII Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue**
皮膚及び皮下組織の疾患
- 81 Infections of skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染
- 82 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患
- XIII Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue**
筋骨格系及び結合組織の疾患
- 83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies
慢性関節リウマチ（脊椎を除く）
- 84 Osteoerthrosis and allied disorders
変形性関節症及び類似症
- 85 Disorder of back
腰痛症
- 86 Other dorsopathies
その他の脊柱疾患
- 87 Peripheral enthesopathies and allied syndromes
肩の障害
- 88 Others
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
- XIV Congenital Anomalies**
先天異常
- 89 Congenital anomalies of heart
心臓の先天異常
- 90 Congenital musculoskeletal deformities
先天性股関節脱臼
- 91 Others
その他の先天異常
- XV Certain Conditions Originating in the perinatal period**
周産期に発生した主要病態
- 92 Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation and unspecified low birth-weight
胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児
- 93 Others
その他の周産期に発生した主要病態
- XVI Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions**
症状、徴候及び診断名不明確の状態
- 94 Symptoms, signs and ill-defined conditions
症状、徴候及び診断名不明確の状態
- XVII Injury and Poisoning**
損傷及び中毒
- 95 Fracture
骨折
- 96 Intracranial injury, internal injury and injury to nerves and spinal cord
脊髄を含む頭蓋内及び内部損傷
- 97 Burns
熱傷
- 98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances
化学物質の有害作用
- 99 Other
その他の損傷及び中毒
- Important : No.79 with asterisk is not covered by social insurance.
79（*印）は社会保険は適用されません。

同意書

(受診者名)

私 _____ が東京不動産健康保険組合に請求している海外療養費支給申請書の決定に際し、東京不動産健康保険組合から海外で受診した医療機関等に対し、支給決定に必要な診療履歴等の照会を行うことに同意します。

平成 年 月 日

保険証（記号・番号） _____

現住所 _____

受診者氏名 _____ ㊞

*受診者ご本人様以外の方が代筆した場合は、以下にご記入・押印してください。

代筆者氏名 _____ ㊞（続柄： _____）