

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

## 家 族 療養付加金

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。

A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

### 被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日 <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 TEL ( )	
③ 個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合は、不要です		④ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
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 <input type="checkbox"/> 令和 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) 令和 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) 令和 年 月 日 ( ) 日間	(至) 令和 年 月 日 ( ) 日間	療養に要した費用の額 円	
⑩ 診療の内容				
⑪ 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)	◇◇添付書類は、すべて原本をご提出ください◇◇			
	<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) 領収書		
	<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) 領収書 (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) 生血代金領収書		
	<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) 傷病名の記載がある診療明細書 (2) 領収書		
<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) 領収書			
⑫ 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		⑬ 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
⑭ 振込先指定口座	□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☑。利用しない場合下記の欄を記入。) ※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(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号) 銀行・金庫	(店名) 本店 支店	受取代理人の欄
	預金種別	普通・当座		被保険者(請求者) (住所) (氏名)
	口座番号	(カタカナでご記入ください)		被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他( ) 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)

### 【注意事項】

- ※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。
- ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所には被保険者のサイン(氏名)をご記入ください。
- ※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。
- ※傷病の原因が怪我の場合は、別紙「負傷原因届」を添付し、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) 領収書	・診療報酬明細書はお支払いになった(旧)医療保険者から入手してください。(開封厳禁)  ・(旧)医療保険者に支払った領収書 領収者名義が被保険者以外の場合は、領収者氏名と受診者氏名の記載がある、旧保険者からの通知書を添付してください。
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) 渡航履歴、海外在住が確認できるもの (6) 同意書	・明細書、領収書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  ・海外渡航者の場合(以下のいずれか) →渡航の事実が確認できる書類(パスポート、ビザ、航空チケット)の写し 海外勤務者または海外在住者の場合 →在住等がわかる書類の写し
③ 生血	輸血を受けたとき	(1) 保険医による輸血証明書 (2) 生血代金領収書	・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)  ・領収書には、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) <b>傷病名の記載がある診療明細書</b> (2) 領収書	・医療機関より、 <b>診療報酬明細書(病名の記載があるもの)</b> 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手数してください。
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) 領収書	・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。  ・領収書には、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。**

**Request to Attending Physician 担当医へのお願い**

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_

Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ Sex 性別 Male 男 ・ Female 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 診療日数 \_\_\_\_\_ days

5. Type of Treatment 治療の分類

 Hospitalization 入院 From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ days) Out patient or Home Visit 入院外 Month 月: \_\_\_\_\_ Year 年: \_\_\_\_\_Date 日付: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15  
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

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 はい ・ No いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳

▷ Fill in Form B 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 \_\_\_\_\_

Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

# 様式 A 翻訳

## 2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)

## 6. 病状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

**Request to Attending Physician 担当医へのお願い**

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
毎月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_

Country 国名 \_\_\_\_\_ Currency unit 通貨単位 \_\_\_\_\_

Item (項目)		Amount (金額)
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. 処方した薬の名称と量を記入してください。	
12	Surgical Dressing (包帯費)	
13	Anesthetics (麻酔費)	
14	Operating Room Charge (手術室費用)	
15	The Others (その他・特記) (Specify)	
Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.  
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 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

## 様式B 翻訳

### 10. 諸検査費の内訳

---

---

---

---

### 11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

---

---

---

---

---

### 15. その他（特記事項）

---

---

---

---

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号

## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_
2. Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 3. Sex 性別 Male 男 . Female 女
4. Date of First Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 5. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days
6. Name of Illness 傷病名  Dental Caries う蝕症  Missing Teeth 欠損  Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏  
 The Others その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 7. Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯										primary teeth 乳歯																			
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	

## 8. Type of Treatment 治療の分類 (Currency unit 通貨単位 \_\_\_\_\_)

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Initial Office Visit (初診料)			
X-Ray Examination (レントゲン検査)			
Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
Extraction (抜歯)			
Filling (充填)			
Inlay (インレー)			
Metal Crown (金属冠)			
Post Crown (継続歯)			
Jacket Crown (ジャケット冠)			
Bridge Work (ブリッジ)			
Plate Denture (有床義歯)			
Partial Denture (局部義歯)			
Complete Denture (総義歯)			
Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏処置)			
Medicines (投薬)			
The Others (その他)			
Total (合計)			

## 9. 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 \_\_\_\_\_

Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

# 様式C 翻訳

## 治療の分類

歯科治療	患歯部位	材 料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜 髄			
抜 歯			
充 填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投 薬			
その他			
合 計			

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号



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

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 腸管感染症	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イルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	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痴呆
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	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	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	X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	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
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患	X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

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  
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害

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

X IV Diseases of the genitourinary system  
腎尿路性器系の疾患

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 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

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

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery  
単胎自然分娩

1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく

X VI Certain conditions originating in the perinatal period  
周産期に発生した病態

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

X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities  
先天奇形、変形及び染色体異常

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

X VIII 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

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

X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes  
損傷、中毒及びその他の外因の影響

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  
熱湯及び腐食

1904 Poisoning  
中毒

1905 Others  
その他の損傷及びその他の外因の影響

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

# 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication 年 Year 月 Month 日 Day

患者名 Name of Patient

住所 Address

生年月日 Date of birth 年 Year 月 Month 日 Day

東総協 健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_ は、健康保険組合の職員又は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、パスポートを提示することも併せて同意します。

To: Tosokyo Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize 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・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。

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、押印してください。

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 \_\_\_\_\_ (印)

住所 Address \_\_\_\_\_

日付 Date 年 Year 月 Month 日 Day

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

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.