

被保険者・被扶養者

海外療養費支給申請書

および一部負担還元金・家族療養付加金申請書

グラクソ・スミスクライン健康保険組合 殿

〒

年 月 日

被保険者の

住所 _____

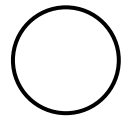
下記のとおり請求します。

スガタ
氏名 _____

印

TEL _____

捨印



被保険者証の記号・番号		傷病名	
発病または負傷の年月日	年 月 日		
発病または負傷の原因			
診療または手当を受けた医療機関の名称等	名称	医師の氏名	
	所在地	電話番号	
診療または手当の内容		診療または手当を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
診療または手当に要した金額		入院の場合は入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
保険診療を受けることができなかった理由		治療用装具を装着した年月日	年 月 日
第三者行為による負傷であるとき	その事実と届け出の有・無	加害者の氏名	
		加害者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日 昭和 年 月 日	被保険者との続柄
振込銀行口座	銀行	支店	普通当座 口座NO

『注意事項』

必ず医師に別紙の診療明細書を記入してもらってください。

被保険証の記号・番号、事業所名(出向先)、電話番号も必ず記入してください。

受付日付印

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement

様式 A

診療内容明細書

1.	Name of patient (Last, First) _____ 患者名	Age (Date of Birth) _____ 年齢(生年月日)	Sex (Male • Female) _____ 性別(男・女)
2.	Name of Illness or Injury preferably with number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form). 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(付録参照) _____ (NO. _____)		
3.	Date of First Diagnosis : _____, _____ 20 初診日		
4.	Days of Diagnosis and Treatment : _____ days 診療日数 日間		
5.	Type of Treatment : 治療の分類 Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ 20 (_____ days) 入院 自 至 日間 Outpatient or Home Visit : _____, _____, _____, _____ 20 (_____ days) 入院外 _____, _____, _____, _____ 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 ? 治療は事故の傷害によるものですか。		Yes No はい いいえ
9.	Itemized Amounts paid to Hospital & / or Attending physician : Fill in Form B 項目別治療実費 様式に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 名前 :	Home 自宅 _____ Phone 電話 _____	
		Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____	
	Date 日付 : _____	Signature 署名 : _____	
			Attending Physician 担当医
			Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療所の記録番号 _____

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

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic
この様式は担当医または病院の事務長が書き、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、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
- 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。

Form B
様式 B

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	職業看護師費	\$	_____		
(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) Other (Specify)	その他(項目明記)	\$	_____	\$	\$
				Unit is _____	
				(貨幣単位)	
(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 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 名前: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付: _____ Signature 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

- | | |
|--|---|
| <p>1 Infectious and Parasitic Diseases
 感染症及び寄生虫症</p> <p>1 Intestinal infectious diseases
 腸管感染症</p> <p>2 Tuberculosis
 結核</p> <p>3 Viral diseases accompanied by exanthem
 発疹を伴うウイルス疾患</p> <p>4 Viral hepatitis
 ウイルス肝炎</p> <p>5 Other viral diseases
 その他のウイルス疾患</p> <p>6 Syphilis and other venereal diseases
 性病</p> <p>7 Mycoses
 真菌症</p> <p>8 Others
 その他の感染症及び寄生虫症</p> <p>2 Neoplasms
 新生物</p> <p>9 Malignant neoplasm of stomach
 胃の悪性新生物</p> <p>10 Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum
 小腸、結腸、および直腸の悪性新生物</p> <p>11 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
 気管、気管支及び肺の悪性新生物</p> <p>12 Malignant neoplasm of female breast
 女性乳房の悪性新生物</p> <p>13 Malignant neoplasm of uterus
 子宮の悪性新生物</p> <p>14 Leukaemia
 白血病</p> <p>15 Malignant neoplasm of other and unspecified sites
 その他および部位不明の悪性新生物</p> <p>16 Other neoplasm
 その他の新生物</p> <p>3 Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders
 内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害</p> <p>17 Disorders of thyroid gland
 甲状腺障害</p> <p>18 Diabetes mellitus
 糖尿病</p> <p>19 Gout
 痛風</p> <p>20 Others
 その他の内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害</p> <p>4 Diseases of the Blood and Blood Forming Organs
 血液および造血器の疾患</p> <p>21 Anaemias
 貧血</p> <p>22 Others
 その他の血液および造血器の疾患</p> <p>5 Mental Disorders
 精神障害</p> <p>23 Senile and presenile organic psychotic conditions
 老年期および初老期の器質性精神病</p> <p>24 Schizophrenic psychoses
 精神分裂病</p> <p>25 Affective psychoses
 躁うつ病</p> | <p>26 Other psychoses
 その他の精神病</p> <p>27 Neurotic disorders
 神経症</p> <p>28 Alcohol dependence syndrome
 アルコール依存</p> <p>29 Other nonpsychotic mental disorders
 その他の非精神病性精神障害</p> <p>30 Mental retardation
 精神薄弱</p> <p>6 Diseases of the Nervous System and Sense Organs
 神経系および感覚器の疾患</p> <p>31 Disorders of autonomic nervous system
 自律神経障害</p> <p>32 Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes
 脳性小児麻痺およびその他の麻痺性症候群</p> <p>33 Epilepsy
 てんかん</p> <p>34 Other diseases of central nervous system
 その他の中枢神経系の疾患</p> <p>35 Disorders of peripheral nervous system
 末梢神経系の障害</p> <p>36 Cataract
 白内障</p> <p>37 Conjunctivitis
 結膜炎</p> <p>38 Other diseases of the eye
 その他の眼の疾患</p> <p>39 Otitis media
 中耳炎</p> <p>40 Other disorders of ear
 その他の耳の疾患</p> <p>7 Diseases of the Circulatory system
 循環系の疾患</p> <p>41 Rheumatic fever and rheumatic heart disease
 リウマチ熱およびリウマチ性心疾患</p> <p>42 Hypertensive disease
 高血圧性疾患</p> <p>43 Ischaemic heart disease
 虚血性心疾患</p> <p>44 Other forms of heart disease
 その他の心疾患</p> <p>45 Subarachnoid and intracerebral haemorrhage
 脳貧血</p> <p>46 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries
 脳梗塞</p> <p>47 Other cerebrovascular disease
 その他の脳血管疾患</p> <p>48 Atherosclerosis
 じゅく状硬化症</p> <p>49 Other disorders of circulatory system
 その他の循環系の疾患</p> <p>8 Diseases of the respiratory system
 呼吸系の疾患</p> <p>50 Acute respiratory infections
 急性上気道感染症</p> <p>51 Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis, not specified as acute or chronic
 急性および詳細不明の気管支炎</p> <p>52 Chronic sinusitis
 慢性副鼻腔炎</p> |
|--|---|

- 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
その他の呼吸器系の疾患
- 9 Diseases of the Digestive System
消化系の疾患
- 59 Disorders of teeth and supporting structures
歯および歯の支持組織の疾患
- 60 Gastric and duodenal ulcer
胃および十二指腸潰瘍
- 61 Gastritis and duodenitis
胃炎および十二指腸炎
- 62 Appendicitis
虫垂炎
- 63 Hernia and intestinal obstruction
腸閉塞およびヘルニア
- 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
その他の消化器系の疾患
- 10 Diseases of the Genitourinary system
尿路器系の疾患
- 69 Nephritis and nephrosis
腎炎およびネフローゼ
- 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
- 74 Other disorders of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患
- 75 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害および閉経期の障害
- 76 Other disorders of breast and female genital organs
乳房およびその他の女性生殖器の疾患
- 11 Complications of Pregnancy, Childbirth and the puerperium
妊娠、分娩および産じょくの合併症
- 77 Pregnancy with abortive outcome
流産
Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy
- 78 妊娠中毒症
- 79 Delivery in a completely normal case
正常分娩
- 80 Others
その他の妊娠、分娩および産じょくの合併症

- 12 Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue
皮膚及び皮下組織の疾患
- 81 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症
- 82 Others
その他の皮膚および皮下組織の疾患
- 13 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（脊髄を除く）
- 84 Osteoarthritis and allied disorders
変形性関節症および類似症
- 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
その他の筋骨格系および結合組織の疾患
- 14 Congenital Anomalies
先天異常
- 89 Congenital anomalies of heart
心臓の先天異常
- 90 Congenital musculoskeletal deformities
先天性股関節ダツツバク脱臼
- 91 Others
その他の先天異常
- 15 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、胎児栄養失調症および未熟児
- 93 Others
その他の周産期に発生した主要病態
- 16 Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions
症状、徴候および診断名不明確の状態
- 94 Symptoms, Signs and ill-defined Conditions
症状、徴候および診断名不明確の状態
- 17 Injury and Poisoning
損傷および中毒
- 95 Fracture
骨折
- 96 Intracranial injury, internal injury and injury to nerves and spinal cord
脊髄を含む頭蓋内および内部損傷
- 97 Burns
熱傷
- 98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances
化学物質の有害作用
- 99 Others
その他の損傷および中毒

Important : No.79 with asterisk is not covered by the social insurance (印)は社会保険は適用されません。

海外療養費支給申請書の診療内容明細書翻訳文

1. 患者名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

2. 傷病名： _____

3. 症状の概要：

4. 処方、手術その他の処置の概要：

翻 訳 者

所在地： _____

名称： _____

氏名： _____ 印

電話番号： _____