

(別 紙)

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_____

- ・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年____月____日

- ・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year_____ Month_____ Day_____

公立学校共済組合神奈川支部御中

私（療養を受けた者）、_____は、公立学校共済組合神奈川支部の職員又は公立学校共済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、パスポートを公立学校共済組合神奈川支部に提示することも併せて同意します。

To: Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers Branch Manager of Kanagawa
I (patient who has received treatment) authorize Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers Kanagawa Branch 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
Signature

署名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.

(署名) _____

(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 [_____]

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ 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頂くことがあります。

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.

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. 毎月、また入院・入院外毎につき、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

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 From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)

☐ 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? ☐ Yes ☐ No

治療は事故の傷害によるものですか。

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	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	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

様式A 邦訳

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 _____

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、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 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.
			\$	
			\$	**処方した個々の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(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)			
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
(16) Total	合 計	\$		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	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	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 _____

様式B 邦訳

(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) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

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。

Form C

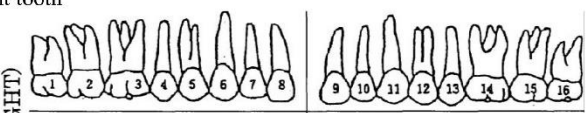
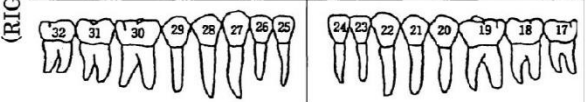
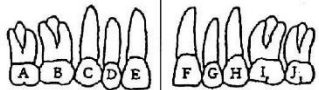
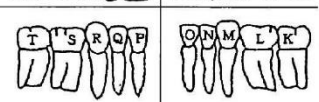
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be

様式C

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。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____ . _____ . _____		Sex (Male • Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____ . _____ . _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)  (Lower) 			(Upper)  (Lower) 		

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
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					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address 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 _____

様式C 邦訳

Permanent tooth		Primary tooth	
(Upper)		(RIGHT)	
(Lower)		(LEFT)	

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
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

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

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 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ィルス疾患 0105 Viral hepatitis ウィルス肝炎 0106 Other viral diseases その他のウィルス疾患 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 Other infectious and parasitic diseases その他の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 0301 Anaemias 貧血 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 IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases 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 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
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 0208 Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫 0209 Leukaemia 白血病 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	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 統合失調症、統合失調症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 0506 Mental retardation 知的障害(精神遅滞) 0507 Other psychoses and disorders of action 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	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	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
X I	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 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
腰痛症及び挫骨神経痛
- 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。