

Form A

Attending Physician's Statement

(Year/Month)

診療内容明細書

(/)

1. Name of Patient (Last, First) Date of Birth (D / M / Y) Sex (Male, Female)
患者名 _____ 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 National Health Insurance (See the separate sheet)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)

3. Date of First Visit to Hospital: D / M / Y
初診日 _____ 日 / _____ 月 / _____ 年 _____ / _____ / _____

4. Number of Treatment days: _____ days
診療日数

5. Type of Treatment
治療の分類

Hospitalization: From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院

Outpatient or Home Visit: _____ / _____ / _____, _____ / _____ / _____
入院外 (list dates) _____ / _____ / _____, _____ / _____ / _____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)
症状 (詳しく)

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in detail)
処方、手術その他の処置 (詳しく)

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

9. Itemized Amount paid to Hospital and/or Attending Physician: Fill in Form B
治療実費 : Form B に記入してください

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 : _____ / _____ / _____ (dd/mm/yyyy) Signature 署名 _____

翻訳 Form A

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

年 月 日

	翻訳者の記入欄
氏名	Ⓜ
住所	
電話番号	

Itemized receipt

(Year/Month)

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 fee
入院費 _____
- (6) Consultation fee
診察費 _____
- (7) Operation fee
手術費 _____
- (8) X-ray examination fee
X線検査費 _____
- (9) Medication fee
医薬費 _____
- Please complete details including name of medicine and amount taken on the right.
具体的な薬剤名・数量等を右枠内に記入して下さい。
- (10) Anesthetics fee
麻酔費 _____
- (11) Operating room charge
手術室費用 _____
- (12) Others (specify on the right)
その他 (項目別記) _____
- (13) Total
合計 _____

Currency

通貨名 _____

Please be as specific as possible regarding details of the estimate. Any relevant additional information should be attached on a separate sheet.

左に記載した項目の積算根拠について、項目毎にできるだけ詳しく記入して下さい。必要に応じて別紙に記入し、添付して下さい。

Important: Do not include costs that are not associated directly with treatment e.g. additional charges for luxury hospital rooms etc.

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 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 : _____ / _____ / _____ (dd/mm/yyyy) Signature 署名 _____

翻訳 Form B

12. その他 (項目明記)

年 月 日

	翻訳者の記入欄
氏名	Ⓜ
住所	
電話番号	

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form C
様式 C

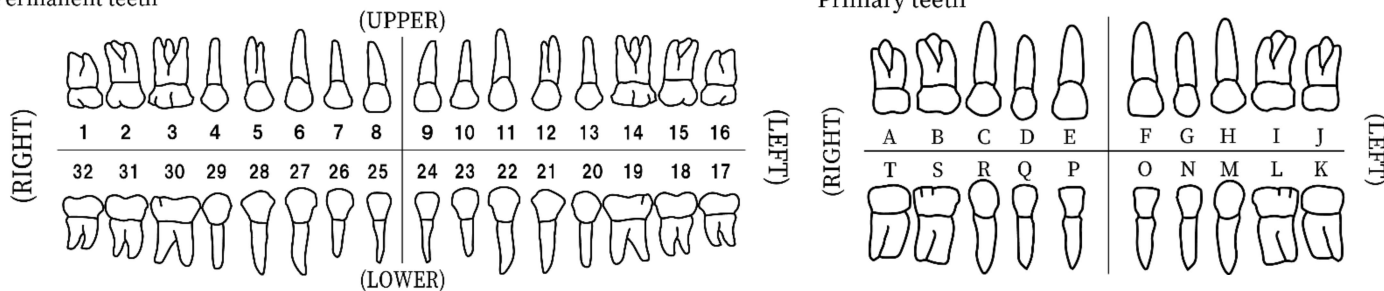
Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 _____	Sex Male • Female 性別 _____
Date of Initial Visit (D/M/Y) 初診日 _____	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days	Medical Record Number 診療録番号 _____

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth

Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
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 *Material 素材()					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()					
Post Crown 継続歯 *Material 素材()					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()					
Bridgework ブリッジ *Material 素材()					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

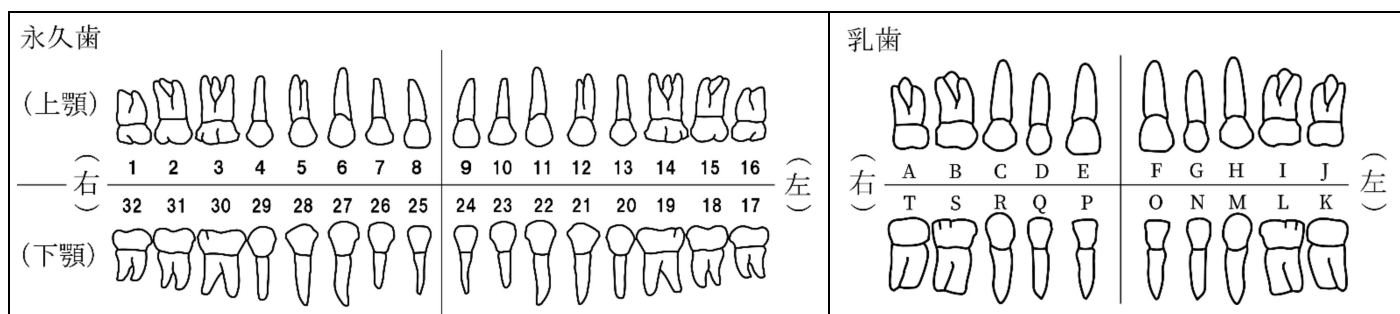
Name of Dentist: (担当歯科医)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
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

印

電話

海外療養費確認表

1. 受診者氏名

2. 診療を受けた国

3. 渡航目的

4. 支払った医療費の総額

5. 通貨単位

6. 滞在期間（パスポートの原本により確認させていただきます。）

7. 診療を受けた日

入院（ 日間） 年 月 日から 年 月 日まで

通院（ 日間） 年 月 日・ 年 月 日
年 月 日・ 年 月 日
年 月 日・ 年 月 日

原本確認	写しの添付	受付

調査に係る同意書

(Authorization to Release Medical Records)

私 [療養を受けた者・出産した者] _____ と私の世帯主 _____ は、貴市の職員あるいは、貴市が委託した事業者が、[海外療養費申請書類・出産育児一時金申請書類] にある事実 ([療養行為・出産] を行った日時、場所、[療養内容・助産行為の内容] 等) を確認するため、申請書類の提供等によって、[療養行為・助産行為] を行った者に照会を行い、該当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、このため支給を受けるまでに3、4か月かかることについても、同意します。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (the patient who received treatment / the patient who gave birth to a child) : _____, and the head of my household: _____, authorize the Kobe City Government's staff and its subcontractors to make inquiries and obtain any factual information related to (the Overseas Medical Care Expenses application documents / the Childbirth Lump-Sum Benefits Payment application documents), such as date, place, record, and other information about (the medical treatment / the midwifery care) from the medical organization in order to verify the submitted application documents.

I also recognize that it will take three to four months to receive the payment.

Also, any photocopies of this authorization form will be considered effective and valid as the original.

署名欄

(Signature)

署名は、[療養を受けた・出産した] 被保険者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。

If you agree to the above conditions, please fill out the information below and sign. Signature must be done by the insured person who (received the treatment / gave birth to a child). However, in any of the following cases, the guardian (if the patient is under age), the guardian of the adult (if the patient is an adult ward), or the heir at law (if the patient is dead) shall sign.

・住所 (Address) _____

・氏名 (Signature) _____

・日付 (Date) _____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)

・受診者との関係 (Relation to the patient)

本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other)

調査に係る同意書

記載例

(Authorization to Release Medical Records)

私 [療養を受けた者・出産した者 神戸 花子 と私の世帯主 神戸 太郎 は、貴市の職員あるいは、貴市が委託した事業者が、[海外療養費申請書類・出産育児一時金申請書類] にある事実 ([療養行為・出産] を行った日時、場所、[療養内容・助産行為の内容] 等) を確認するため、申請書類の提供等によって、[療養行為・助産行為] を行った者に照会を行い、該当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、このため支給を受けるまでに3、4か月かかることについても、同意します。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (the patient who received treatment / the patient who gave birth to a child) : Kobe Hanako , and the head of my household: Kobe Taro , authorize the Kobe City Government's staff and its subcontractors to make inquiries and obtain any factual information related to (the Overseas Medical Care Expenses application documents / the Childbirth Lump-Sum Benefits Payment application documents), such as date, place, record, and other information about (the medical treatment / the midwifery care) from the medical organization in order to verify the submitted application documents.

I also recognize that it will take three to four months to receive the payment.

Also, any photocopies of this authorization form will be considered effective and valid as the original.

署名欄

(Signature)

署名は、[療養を受けた者] 親権者 (本人が死亡している場合)

受診者の国籍に関わらず、同意書内の英文欄にも住所・氏名を記載いただくようお願いいたします。
住所・氏名はローマ字で記載いただくようお願いいたします。
※現地医療機関・公的機関担当者が同意欄を確認できるように記載してください。

If you agree to the above conditions, please fill out the information below and sign. Signature must be done by the insured person who (received the treatment / gave birth to a child). However, in any of the following cases, the guardian (if the patient is under age), the guardian of the adult (if the patient is an adult ward), or the heir at law (if the patient is dead) shall sign.

(建物名、部屋番号または階、●丁目●番地●号、町名、区、市、都道府県)

・住所 (Address) Kobe Building111 6-5-1 Kanocho Chuoku Kobe Hyogo JAPAN

・氏名 (Signature) Kobe Hanako

・日付 (Date) 2019 年 (Year) 12 月 (Month) 16 日 (Day)

・受診者との関係 (Relation to the patient)

本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other)

Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

国民健康保険用国際疾病分類表

Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症		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	Anemia 貧血
0102	Tuberculosis 結核	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
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	Endocrine, nutritional and metabolic disorders 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	Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	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	Others 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
Neoplasms 新生物		0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病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 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	Others 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	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	Leukemia 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	Others 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

Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	0912 Others その他の循環器系の疾患
0701 Conjunctivitis 結膜炎	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0702 Cataract 白内障	1001 Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ]
0703 Disorders of refraction and accomodation 屈折及び調節の障害	1002 Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺
0704 Others その他の眼及び付属器の疾患	1003 Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1004 Pneumonia 肺炎
0801 Otitis externa 外耳炎	1005 Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0802 Other disorders of extarnal ear その他の外耳疾患	1006 Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0803 Otitis media 中耳炎	1007 Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0804 Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	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
0805 Disorders of vestibular function メニエール病	1009 Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0806 Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1010 Asthma 喘息
0807 Others その他の耳疾患	1011 Others その他の呼吸器系の疾患
Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	XI Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患	1101 Dental caries う蝕
0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1102 Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患
0903 Other forms of heart disease その他の心疾患	1103 Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構
0904 Subarachnoid haemorrhage くも膜下出血	1104 Gastric and duodental ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0905 Intracerebral haemorrhage 脳内出血	1105 Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries 脳梗塞	1106 Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0907 Cerebral atherosclerosis 脳動脈硬化 (症)	1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎 (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	1108 Liver cirrhosis 肝硬変 (アルコール性のものを除く)
0909 Atherosclerosis 動脈硬化 (症)	1109 Other diseases of liver その他の肝疾患
0910 Hemorrhoids 痔核	1110 Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0911 Hypotension 低血圧症	1111 Diseases of pancreas 膵疾患

1112	Others その他の消化器系の疾患 Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患 Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501	Abortion 流産
1202	Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1503	Single spontaneous delivery* 単胎自然分娩
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302	Arthrosis 関節症	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）	1602	Others その他の周産期に発生した病態 Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常 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
1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛	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
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害		Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1308	Shoulder lesions 肩の障害	1901	Fracture 骨折
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	1902	Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1310	Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患	1903	Burns and corrosions 熱湯及び腐食
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患	1904	Poisoning 中毒
1402	Renal failure 腎不全	1905	Others その他
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 その他の男性性器の疾患		
1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.
1503 番 (*印) は国民健康保険は適用されません。