

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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)

- Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
- Name of Illness
傷病名
- Date of First Diagnosis : _____, _____, 20____
初診日 日 月 年
- Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
- Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Outpatient or Home Visit : From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
入院外 From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
- Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
- Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
- Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治癒は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
- Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. : Fill in Form C
項目別治療実費 様式Cによる
- Name and Address of Attending Physician
担当医の名前および住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
: Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
- Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療録の番号 _____

Request to the Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

- Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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 Dental Surgeon.
この様式は、歯科医師が記入し署名してください。
- One form for each month should be filled out.
毎月ごとにこの様式一枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

Itemized receipt (Dental)

領収明細書 (歯科)

Form B (様式B)

Name of Patient(last, first) _____, _____ Age(Date of Birth) _____ (_____) Sex (Male, Female)
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男, 女)
 Date of First Diagnosis _____, _____ Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth (永久歯)

Deciduous Teeth (乳歯)

R.

8	7	6	5	4	3	2	1
8	7	6	5	4	3	2	1

 |

1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8

 L.

R.

e	d	c	b	a
e	d	c	b	a

 |

a	b	c	d	e
a	b	c	d	e

 L.

I. Name of Illness 症病名

1. Dental Caries う蝕症 2. Missing Teeth 欠損 3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏 4. The Others その他

II. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. initial Office Visit 初診料			\$
2. X-Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 抜歯			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay インレー			\$
7. Metal Crown / resin 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others () その他 ()			\$
15. Total 合計	(Unit is _____) 貨幣単位		\$

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last _____ First _____ Title 称号 _____
 Address 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
 Office 歯科医院 _____ Phone 電話 _____
 Date 日付 _____ Signature 署名 _____

※申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。

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

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
4. 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。

Itemized Receipt

領 収 明 細 書

Form C (様式C)

(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) Anaesthetics	麻酔費	\$	_____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____ \$ _____
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$ _____
(16) Total	合 計	\$	_____ Unit is _____ 貨幣単位

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

注 意 : 高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名 前 : Last 姓	_____	First 名	_____	Title 称号	_____
Address 住 所 : Home 自 宅	_____			Phone 電話	_____
Office 病院または診療所	_____			Phone 電話	_____

Date : 日 付 _____ Signature 署 名 _____

海外療養費の申請について

- 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。
※業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。
※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
※請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。
- 申請に必要な書類は、**海外（家族）療養費支給申請書、様式A・B・C、領収書の原本**です。（省略不可）
・**歯科以外**を受診した場合：**様式Aを医師に、様式Cを担当医師または病院等の事務長**に証明を依頼してください。
・**歯科**を受診した場合：**様式Bを歯科医に、様式Cを歯科医師または病院等の事務長**に証明を依頼してください。
- 受診者別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明（様式A・B・C）を医師に依頼してください。
- 各証明（様式A・B・C）の次の項目について『**■ 各証明の項目内容（邦訳）**』に邦訳を記入し、翻訳者が署名してください。（本人が翻訳した場合も同様）
・様式A：『2. 傷病名・6. 症状の概要・7. 処方、手術その他の処置の概要』
・様式B：『II. 歯科治療の5～11の各材料、14その他』
・様式C：『（15）その他（項目明記）』
- 海外勤務者・出張者とも、事業所健保事務担当部署へ提出してください。

■ 各証明の項目内容（邦訳）

様式	項目	邦 訳	
A	2. 傷病名		
	6. 症状の概要		
	7. 処方・手術その他の処置の概要		
B	治療内容	材料の邦訳	
	3. 抜髄		
	4. 抜歯		
	5. 充填		
	6. インプラント		
	7. 金属冠		
	8. 継続歯		
	9. ジャケット冠		
	10. ブリッジ		
	11. 有床義歯 局部義歯 総義歯		
14. その他	内容の邦訳	部位・材料の邦訳	
C	項目	具体的な内容・部位・材料等の邦訳	
	(15) その他（項目明記）		
翻訳者署名欄	上記のとおり、翻訳いたしました。	令和	年 月 日
	住所		
	名前		
	TEL		

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

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

・ 患者 Patient

(患者名 Name of patient) _____

(住所 Address) _____

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

京三製作所健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）_____ は、京三製作所健康保険組合の職員又は京三製作所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、パスポートを京三製作所健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Kyosan Electric Manufacturing Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Kyosan Electric Manufacturing Health Insurance Society 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下さい。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）が署名して下さい。

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) _____

(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ヵ月間です。

This agreement of authorization expires six 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.

(注意事項)

・ 業務以外で渡航した場合は、航空券、パスポート（氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁）等、海外に渡航した事実が確認できる書類の写しを貼付してください。

・ 日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明証（居住地が記載された頁）の写しを貼付してください。