

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.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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(男・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 _____ days
診療日数
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 injur _____ Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
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 (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 _____
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 _____

■邦訳（A）

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.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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 Examination	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) The Others (Specify)	そ の 他 (項 目 明 記)		\$ _____
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____
(16) Total	合 計	\$	\$ _____

*Please fill in the content of the Laboratory Tests.

*諸検査の内容を記入してください。

**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。

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、治療に直接関係の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) _____

Address (住所) : 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 _____

■邦訳（B）

(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) その他（特記事項）

翻訳者

住所

氏名



電話

■邦訳 (C)

Permanent tooth																		
(Upper)	(RIGHT)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(LEFT)
		(Lower)	(RIGHT)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	

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 Health Insurance

健康保険用国際疾病分類

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認知症
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	
0211 Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	

0605	Disorders of sutonomic 自律神経系の障害	0911	Hypotension 低 血 圧 症
0606	Others その他の神経系の疾患	0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患
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	XI	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

1112	Other diseases of digestive system	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
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	XV	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	Pregnancy with abortive outcome
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠高血圧症候群
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	*1503	Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
XIII	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	XVI	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
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	XVII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1306	Low back pain and sciatica 腰椎症及び坐骨神経痛	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害	XVIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere lassified 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
1308	Shoulder lesions 肩の障害（損傷）	1800	Symotoms, 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
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	XIX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
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	1901	Fracture 骨折
XIV	Diseases of the genitourinary system 腎尿路生殖器系の疾患	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1402	Renal failure 腎不全	1904	Poisoning 中毒
1403	Urolithiasis 尿路結石症	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
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		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the Health 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： _____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

ヤマトグループ健康保険組合 御中

私（療養を受けた者） _____ は、ヤマトグループ健康保険組合の職員又はヤマトグループ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、パスポートをヤマトグループ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: YAMATO Group Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize YAMATO Group 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) _____ (印)

(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 [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

(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.