

被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書 ( 海 外 )

|   |  |                          |  |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
|---|--|--------------------------|--|---|----|----|-----|---|---|----------------------|-----------------|------|-------------------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>入<br>る<br>こ<br>ろ                                     | 被<br>保<br>険<br>者   | 記 号 ・ 番 号                | 記 号  |   |    |    | 番 号 |   |   |                      |                 |      | 添付書類はクリップで留めてください |   |   |
|   |  | 氏 名                      |  |   |    |    |     |   |   | 事 業 所 名              |                 |      |                   |   |   |
|   | 申<br>請<br>内<br>容<br>に<br>つ<br>い<br>て   | 住 所                      |  |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
|   |  | 申 請 対 象 者<br>氏 名         |  |   |    |    |     |   |   | 申 請 対 象 者<br>生 年 月 日 | 昭和・平成・令和        |      | 年                 | 月 | 日 |
|   |  | 傷 病 名                    |  |   |    |    |     |   |   | 発 病 ・ 負 傷<br>の 年 月 日 | 平成・令和           |      | 年                 | 月 | 日 |
|   |  | 発 病 ・ 負 傷 の<br>状 態 ・ 原 因 | 第三者行為（交通事故など）によるものですか ※ はい ・ いいえ           |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
|   |  |                          | ※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
|   |  | 治 療 の 内 容                |  |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
|   |  | 治 療 を 受 け た 医 療 機 関      | 名 称  |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
|   |  |                          | 所 在 地                                      |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
| 治 療 を 受 け た 期 間   | 令和   | 年                        | 月  | 日 | から | 令和 | 年   | 月 | 日 | 日間                   | 治 療 に 要 し た 費 用 | 現地通貨 |                   |   |   |
| 日本国内で療養を受ける<br>ことができなかった理由  | <input type="checkbox"/> 海外勤務者（家族帯同）<br><input type="checkbox"/> 旅行・出張・海外勤務者の家族（国内在住）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                          |  |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |
| この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。<br>※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。<br><br>被保険者氏名 _____ |  |                          |  |   |    |    |     |   |   |                      |                 |      |                   |   |   |

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

| 申請内容                | 必要な書類 |  |
|---------------------|-------|--|
| 海外勤務者<br>(家族帯同)     | 1～4   | 1. 診療内容の明細（診療内容のわかる医師の証明書）<br>2. 翻訳文（診療内容の明細が外国語の場合）<br>3. 領収書（明細がわかるもの） |
| 旅行・出張・家族<br>(国内在住者) | 1～5   | 4. 同意書   |
| その他                 |       | 5. 渡航していたことを確認できる書類<br>(航空券やパスポートの写しなど)                                  |

添付書類はクリップで留めてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|

|                            |         |                  |         |  |      |     |  |   |
|----------------------------|---------|------------------|---------|--|------|-----|--|---|
| 支<br>給<br>支<br>払<br>決<br>議 | 支 給 額   | 円                | 伺 年 月 日 |  | 常務理事 | 事務長 |  | 係 |
|                            |         |                  | 支給年月日   |  |      |     |  |   |
|                            | 支 給 期 間 | 年 月 日から 年 月 日 日間 |         |  |      |     |  |   |
|                            | 区 分     | 海外（医科 歯科 調剤）     |         |  |      |     |  |   |
|                            |         |                  |         |  |      |     |  |   |

# 調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

|                                 |                     |    |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|---------------------|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 療<br>養<br>を<br>受<br>け<br>た<br>人 | 記号・番号               | 記号 |  |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 氏名(Name of Patient) |    |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 生年月日(Date of Birth) |    |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 住所(Address)         |    |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |

トピー健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、トピー健康保険組合の職員又はトピー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、パスポートをトピー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: TOPY Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize TOPY 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、押印して下さい。

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.

(Signature)

治療を受けた人の氏名  
(Name of Patient) \_\_\_\_\_

患者との関係                      本人    ・    親権者    ・    法定相続人  
(Relation to the insured)    (Self)    ・    (Guardian)    ・    (Heir)

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.

Form A  
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が 1 枚必要です。

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 Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance ( See the other side of this form )  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)

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 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( days )  
入院 自 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( 日間 )  
to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
至 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

☐ Out patient 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。 はい いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending physician:  
治療実費

10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 First 名 \_\_\_\_\_

Address 住所 Home 自宅 Phone \_\_\_\_\_

Name 名前 Office 病院又は診療所 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 \_\_\_\_\_

|                                    |           |          |
|------------------------------------|-----------|----------|
| (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) 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       | \$ _____ |

## Important

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 |
| _____      |                |         |
| Address 住所 | Home 自宅        | Phome   |
| _____      |                |         |
| Name 名前    | Office 病院又は診療所 | Phome   |
| _____      |                |         |
| 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

### I Infectious and Parasitic Diseases

感染症及び寄生虫症

#### 1 Intestinal infectious diseases

腸管感染症

#### 2 Tuberculosis

結核

#### 3 Viral diseases accompanied by exanthem

発疹を伴うウイルス疾患

#### 4 Viral hepatitis

ウイルス肝炎

#### 5 Other Viral diseases

その他のウイルス疾患

#### 6 Syphilis and other venereal diseases

性病

#### 7 Mycoses

真菌症

#### 8 Others

その他の感染症及び寄生虫症

### II Neoplasms

新生物

#### 9 Malignant neoplasm of stomach

胃の悪性新生物

#### 10 Malignant neoplasm of small intestine,colon and rectum

小腸、結核及び直腸の悪性新生物

#### 11 Malignant neoplasm of trachea,bronchus and lung

気管、気管支及び肺の悪性新生物

#### 12 Malignant neoplasm of female breast

女性乳房の悪性新生物

#### 13 Malignant neoplasm of uterus

子宮の悪性新生物

#### 14 Leukaemia

白血病

#### 15 Malignant neoplasm of other and unspecified sites

その他及び部位不明の悪性新生物

#### 16 Other neoplasm

その他の新生物

### III Endocrine Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity

Disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害

#### 17 Disorders of thyroid gland

甲状腺の疾患

#### 18 Diabetes mellitus

糖尿病

#### 19 Gout

痛風

#### 20 Others

その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害

### IV Diseases of Blood and Blood Forming Organs

血液及び造血器の疾患

#### 21 Anaemias

貧血

#### 22 Others

その他の血液及び造血器の疾患

### V Mental Disorders

精神障害

#### 23 Senile and presenile organic psychotic conditions

老年期及び初老期の器質性精神病

#### 24 Schizophrenic psychoses

統合失調症

#### 25 Affective psychoses

躁うつ病

#### 26 Other psychoses

その他の精神病

#### 27 Neurotic disorders

神経症

#### 28 Alcohol dependence syndrome

アルコール依存症

#### 29 Other nonpsychotic mental disorders

その他の非精神病性精神障害

#### 30 Mental retardation

知的障害

### VI Diseases of the Nervous System and Sense Organs

神経系及び感覚器の疾患

#### 31 Disorders of autonomic nervous system

自律神経障害

#### 32 Infantile cerebral palsy and other paralytic

syndrome 脳性小児麻痺及びその他の麻痺性症候群

#### 33 Epilepsy

てんかん

#### 34 Other diseases of central nervous system

その他の中枢神経系の疾患

#### 35 Disorders of peripheral nervous system

末梢神経系の障害

#### 36 Cataract

白内障

#### 37 Conjunctivitis

結膜炎

#### 38 Other disorders of eye

その他の眼の疾患

#### 39 Otitis media

中耳炎

#### 40 Other disorders of ear

その他の耳の疾患

### VII Diseases of the Circulatory system

循環系の疾患

#### 41 Rheumatic fever and rheumatic heart disease

リウマチ熱及びリウマチ性心疾患

#### 42 Hypertensive disease

高血圧性疾患

#### 43 Ischemic heart disease

虚血性心疾患

#### 44 Other forms of heart disease

その他の心疾患

#### 45 Subarachnoid and intracerebral haemorrhage

脳出血

#### 46 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries

脳梗塞

#### 47 Other cerebrovascular disease

その他の脳血管疾患

#### 48 Atherosclerosis

じやく状硬化症

#### 49 Other disorders of circulatory system

その他の循環系の疾患

### VIII Diseases of the Respiratory system

呼吸系の疾患

#### 50 Acute respiratory infections

急性上気道感染

#### 51 Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis,not

specified as acute or chronic 急性及び詳細不明の気管支炎

#### 52 Chronic sinusitis

慢性副鼻腔炎

|   |  |
|---|--|
| 53 Allergic rhinitis<br>アレルギー性鼻炎  | 80 Other<br>その他の妊娠、分娩及び産じょくの合併症  |
| 54 Pneumonia<br>肺炎  | X II Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue<br>皮膚及び皮下組織の疾患   |
| 55 Influenza<br>インフルエンザ   | 81 Infections of skin and subcutaneous tissue<br>皮膚及び皮下組織の感染   |
| 56 Chronic bronchitis<br>慢性気管支炎   | 82 Others<br>その他の皮膚及び皮下組織の疾患   |
| 57 Asthma<br>喘息   | X III Diseases of the Musculoskeletal System and<br>Connective Tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患  |
| 58 Other diseases of respiratory system<br>その他の呼吸系の疾患                               | 83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory<br>polyarthropathies 慢性関節リウマチ（脊椎を除く）  |
| IX Diseases of the Digestive System<br>消化系の疾患                                       | 84 Osteoarthritis and allied disorders<br>変形性関節症及び類似症  |
| 59 Diseases of teeth and supporting structures<br>歯及び歯の支持組織の疾患                      | 85 Disorder of back<br>腰痛症   |
| 60 Gastric and duodenal ulcer<br>胃及び十二指腸潰瘍  | 86 Other dorsopathies<br>その他の脊柱疾患  |
| 61 Gastritis and duodenitis<br>胃炎及び十二指腸炎  | 87 Peripheral enthesopathies and allied syndromes<br>肩の障害  |
| 62 Appendicitis<br>虫垂炎  | 88 Others<br>その他の筋骨格系及び結合組織の疾患   |
| 63 Hernia and intestinal obstruction<br>腸閉塞及びヘルニア                                   | XIV Congenital Anomalies<br>先天異常   |
| 64 Liver cirrhosis<br>肝硬変   | 89 Congenital anomalies of heart<br>心臓の先天異常  |
| 65 Chronic liver disease<br>慢性肝炎  | 90 Congenital musculoskeletal deformities<br>先天性股関節脱臼  |
| 66 Other disorders of liver<br>その他の肝の疾患   | 91 Others<br>その他の先天異常  |
| 67 Cholelithiasis and gallbladder<br>胆石症及び胆のう炎                                      | XV Certain Conditions Originating in the perinatal period<br>周産期に発生した主要病態  |
| 68 Other diseases of digestive system<br>その他の消化系の疾患                                 | 92 Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders<br>relating to short gestation and unspecified low birth<br>weight 胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児 |
| X Diseases of the Genitourinary System<br>泌尿生殖系の疾患                                  | 93 Others<br>その他の周産期に発生した主要病態  |
| 69 Nephritis and nephrosis<br>腎炎及びネフローゼ   | XVI Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions<br>症状、徴候及び診断名不明確の状態   |
| 70 Renal failure<br>腎不全   | 94 Symptoms, Signs and Ill-defined conditions<br>症状、徴候及び診断名不明確の状態  |
| 71 Calculus of urinary system<br>泌尿系の結石   | XV II Injury and Poisoning<br>損傷及び中毒   |
| 72 Other diseases of urinary system<br>その他の泌尿系の疾患                                   | 95 Fracture<br>骨折  |
| 73 Hyperplasia of prostate<br>前立腺肥大症  | 96 Intracranial injury, internal injury and injury<br>to nerves and spinal cord<br>脊髄を含む頭蓋内及び内部損傷  |
| 74 Other disorders of male genital organs<br>その他男性生殖器の疾患                            | 97 Burns<br>熱傷   |
| 75 Menopausal and postmenopausal disorders<br>月経障害及び閉経期の障害                          | 98 Poisoning by drugs, medicaments and biological<br>substances 化学物質の有害作用  |
| 76 Other disorders of breast and female genital organs<br>乳房及びその他の女性生殖器の疾患          | 99 Others<br>その他の損傷及び中毒  |
| XI Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium<br>妊娠、分娩及び産じょくの合併症     |  |
| 77 Pregnancy with abortive outcome<br>流産  |  |
| 78 Hypertension complicating pregnancy and<br>excessive vomiting in pregnancy 妊娠中毒症 |  |
| ★ 79 Delivery in a completely normal case<br>正常分娩                                   |  |

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