

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month , One form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

### 診療内容明細書

1. Name of patient(Last , First)      Age(Date of Birth)      Sex(Male·~~Female~~)  
患者名 Hanako Kanbe      年齢 (生年月日) 20 ( 1 / 9 / 2006 )      性別 (男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Disease for the use of Social Insurance  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号      eczeme (No. 1202)
3. Date of First Diagnosis:  
初診日      D(日)/M(月)/Y(年)      10 / 10 / 2024
4. Days of Diagnosis and Treatment:  
診療日数      4 days
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization:      From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院      自      至  
 Out patient or Home Visit:      10 / 10 / 2024      25 / 10 / 2024  
入院外      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
6. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)  
症状の概要  

**The patients ear were swelling because of insect bit its and allergy Add there were much eczema on her body.**
7. Prescription, operation and any other treatments(in brief)  
処方、手術その他の処置の概要
8. Was 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 :Form B  
治療実費      様式 B
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name 名前 : Last 姓 Collins      First 名 Daniel      Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所: Home 自宅      Phone \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所 Family Health Care      Phone 001-222-3344  
Date 日付      20 / 11 / 2024      Signature 署名 Daniel Collins  
Attending Physician 担当医  
Reference Number of your Medial Record(if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

Form B  
様式 B

- 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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- 3.One form for each month , One form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

### Itemized Receipt

#### 領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ <b>35</b>	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ <b>70 (\$10, 40, 20)</b>	
(3) Fee for Home Visit	往診療	\$ _____	
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ <b>86.25 (\$60, 11.25, 15)</b>	
(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	\$ _____	
(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(特記事項)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合計	\$ <b>191.25</b>	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment , I-e , extra charge for luxurious room charge.

注意 : 特別室料、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

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 **Collins** First 名 **Daniel** Title 称号 \_\_\_\_\_

Address 住所: Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 **Family Health Care** Phone **001-222-3344**

Date 日付 **20 / 11 / 2024**

Signature 署名 **Daniel Collins**

Form C  
様式C

- 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 either the attending dentist or the superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- 3. One form for each month.  
各月毎、この様式1枚が必要です。

# Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

Name of patient 患者名 Taro Kobe Age(Date of Birth) 年齢(生年月日) 20 ( 1 / 9 / 2006 ) Sex ( Male ) • Female ( ) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis 初診日 ( 10 / 10 / 2024 ) ( / / )

Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 3 days

Permanent Tooth 永久歯														Tooth Number (歯式)											Milky Tooth 乳歯									
#8	#7	#6	#5	#4	#3	#2	#1	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J									
R. 8	7	6	5	4	3	<u>2</u>	1	<u>1</u>	2	3	4	5	6	7	8	L. E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K									

Services 診療内容	Tooth NO. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth NO. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察		\$40	8. Filling Amal. 1 surf. 充填 アマルガム		
2. X-ray Bite-wings × レントゲン 咬翼型 診断		\$20	Comp. 1 surf. 複合レジン		
Periapical × 標準型			2 surf.		
Panoramic × パノラマ			3 surf.		
Models スタディモデル			9. Inlay/Onlay インレー・アンレー		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no 投薬		\$10	10. Amal./Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
4. Prophylazies 歯垢			Post c Core メタルコア		
Fluoride フッ化物塗布			11. Crown Porcelain/Gold 冠 ポーセレン・金		
5. Extraction 拔牙			Silver Alloy 銀合金		
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			Other その他		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			12. Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯		
7. Pulp Cap 歯髄覆罩			Pontic ダミー		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			13. Plate Denture 有床義歯		
Root Canal Therapy 根管治療			14. Other その他		
1 canal					
2 canal					
3 canal					
根管					

Name and Address of dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所 または 歯科医院の名称及び所在地

Total Fee 合計 \$70

## Brown Dental Office

Date 日付 10 / 11 / 2024 Signature 署名 Chris Brown

## 海外療養費支給申請に伴う調査に関わる同意書

兵庫県市町村職員共済組合 御中

下記のとおり、私（療養を受けた者）は、兵庫県市町村職員共済組合の職員又は兵庫県市町村職員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、パスポートを兵庫県市町村職員共済組合に提示することも併せて同意します。

記

【署名日】 令和 7 年 1 月 1 日

【療養期間】 令和 6 年 10 月 10 日 ～ 令和 6 年 10 月 25 日

【療養を受けた者（患者）の署名欄】

（患者名）： 神戸 花子

（住所）： 〇〇〇Avenue 〇〇〇USA

（生年月日）： 昭和・平成・令和 16 年 9 月 1 日

【組合員の署名欄】

（所属所名）： 〇〇市

（組合員等記号番号）： 123 - 4567

（氏名）： 神戸 太郎

（住所）： 〇〇市 〇〇町 1丁目 2-3

（生年月日）： 昭和・平成 53 年 5 月 10 日

（患者との関係）： 本人 ・ 被扶養者

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

※ 署名は、治療を受けた本人が行ってください。なお、本人が乳幼児等で自署できない場合は親権者が署名してください。

※ 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いただくことがあります。