

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 \_\_\_\_\_ 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ (    /    /    )      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 \_\_\_\_\_ (No.      )
3. Date of First Diagnosis:  
初診日      D(日)/M(月)/Y(年)      \_\_\_\_\_ /    /
4. Days of Diagnosis and Treatment:  
診療日数      \_\_\_\_\_ days
5. Type of Treatment  
治療の分類
- Hospitalization:      From \_\_\_\_\_ /    /    to \_\_\_\_\_ /    /    (      days)  
    入院      自      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 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      First 名      Title 称号

Address 住所: Home 自宅      Phone

Office 病院又は診療所      Phone

Date 日付      \_\_\_\_\_ /    /         Signature 署名 \_\_\_\_\_

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	\$ _____	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診 料	\$ _____	
(3) Fee for Home Visit	往 診 療	\$ _____	
(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 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	\$ _____	

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 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

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

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature 署名 \_\_\_\_\_

**Form C  
様式C**

- 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。
- 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。
- 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) \_\_\_\_\_ Age(Date of Birth) (年齢(生年月日)) \_\_\_\_\_ ( / / ) Sex ( Male • Female ) (性別(男・女))

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

Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) \_\_\_\_\_ days

Tooth Number (歯式)																										
Permanent Tooth 永久歯								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	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R. E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L.
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	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			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			2 surf.		
Periapical × 標準型			3 surf.		
Panoramic × パノラマ			Comp. 1 surf. 複合レジン		
Models スタディモデル			2 surf.		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			3 surf. 面		
4. Prophylazies 歯垢			9. Inlay/Onlay インレー・アンレー		
Fluoride フッ化物塗布			10. Amal./Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
5. Extraction 抜歯			Post c Core メタルコア		
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			11. Crown Porcelain/Gold 冠 ポーセレン・金		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			Silver Alloy 銀合金		
7. Pulp Cap 歯髓覆罩			Other その他		
Pulpotomy 歯髓切断・抜髓			12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	
Root Canal Therapy 根管治療				Pontic ダミー	
1 canal			13. Plate Denture 有床義歯		
2 canal			14. Other その他		
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

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

### 1. Infections and Parasitic Diseases

#### 感染症及び寄生虫症

- 0101 Intestinal infectious diseases  
腸管感染症
- 0102 Tuberculosis  
結核
- 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
- 0104 Viral infections characterized by skin and mucus membrane lesions  
皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
- 0105 Viral hepatitis  
ウイルス肝炎
- 0106 Other viral diseases  
その他のウイルス疾患
- 0107 Mycoses  
真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases  
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 0109 Others  
その他の感染症及び寄生虫症

### 2. Neoplasms

#### 新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach  
胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon  
結腸の悪性新生物
- 0203 Malignant neoplasm of recto sigmoid junction and rectum  
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts  
肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast

乳房の悪性新生物

- 0207 Malignant neoplasm of uterus  
子宮の悪性新生物
- 0208 Malignant lymphoma  
悪性リンパ腫
- 0209 Leukemia  
白血病
- 0210 Other malignant neoplasm  
その他の悪性新生物
- 0211 Others  
良性新生物及びその他の新生物

### 3. 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障害

- 0301 Anemia  
貧血
- 0302 Others  
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

### 4. Endocrine, nutritional and metabolic disorders

#### 内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland  
甲状腺障害
- 0402 Diabetes mellitus  
糖尿病
- 0403 Others  
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

### 5. Mental and behavioral disorders

#### 精神及び行動の障害

- 0501 Vascular dementia and unspecified dementia  
血管性及び詳細不明の痴呆
- 0502 Mental and behavioral 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
- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

- 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
- 0504 Mood[affective]disorders  
気分[感情]障害 (躁うつ病を含む)
- 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
- 0506 Mental retardation  
精神遅滞
- 0507 Others  
その他の精神及び行動の障害

## 6. Disease of the nervous system

### 神経系の疾患

- 0601 Perkinson' s disease  
パーキンソン病
- 0602 Alzheimer' s disease  
アルツハイマー病
- 0603 Epilepsy  
てんかん
- 0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
- 0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害
- 0606 Others  
その他の神経系の疾患

## 7. Disease of the eye and adnexa

### 眼及び付属器の疾患

- 0701 Conjunctivitis  
結膜炎
- 0702 Cataract  
白内障
- 0703 Disorders of refraction and accommodation  
屈折及び調節の障害
- 0704 Others  
その他の眼及び付属器の疾患

## 8. Disease of the ear and mastoid

### 耳及び乳様突起の疾患

- 0801 Otitis externa  
外耳炎

- 0802 Other disorders of external ear  
その他の外耳疾患
- 0803 Otitis media  
中耳炎
- 0804 Other disease of middle ear and mastoid  
その他の中耳及び乳様突起の疾患
- 0805 Disorders of vestibular function  
メニエール病
- 0806 Other disease of inner ear  
その他の内耳疾患
- 0807 Others  
その他の耳疾患

## 9. Diseases of the circulatory system

### 循環器系の疾患

- 0901 Hypertensive disease  
高血圧性疾患
- 0902 Ischaemic heart disease  
虚血性心疾患
- 0903 Other forms of heart disease  
その他の心疾患
- 0904 Subarachnoid haemorrhage  
くも膜下出血
- 0905 Intracerebral haemorrhage  
脳内出血
- 0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries  
脳梗塞
- 0907 Cerebral atherosclerosis  
脳動脈硬化 (症)
- 0908 Other cerebrovascular disease  
その他の脳血管疾患
- 0909 Atherosclerosis  
動脈硬化 (症)
- 0910 Hemorrhoids  
痔核
- 0911 Hypotension  
低血圧症
- 0912 Others  
その他の循環器系の疾患

## 10. Disease of the respiratory system

### 呼吸器系の疾患

- 1001 Acute nasopharyngitis [common cold]  
急性鼻咽頭炎 [かぜ]
- 1002 Acute pharyngitis and tonsillitis  
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
- 1003 Other acute upper respiratory infections  
その他の急性上気道感染症
- 1004 Pneumonia  
肺炎
- 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis  
急性気管支炎及び急性細気管支炎
- 1006 Allergic rhinitis  
アレルギー性鼻炎
- 1007 Chronic sinusitis  
慢性副鼻腔炎
- 1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic  
急性または慢性と明示されない気管支炎
- 1009 Chronic obstructive pulmonary disease  
慢性閉塞性肺疾患
- 1010 Asthma  
喘息
- 1011 Others  
その他の呼吸器系の疾患

## 11. Disease of the digestive system

### 消化器系の疾患

- 1101 Dental caries  
う蝕
- 1102 Gingivitis and periodontal disease  
歯肉炎及び歯周疾患
- 1103 Other disease of teeth and supporting structures  
その他の歯及び歯の支持機構
- 1104 Gastric and duodenal ulcer  
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
- 1105 Gastric and duodenitis  
胃炎及び十二指腸炎
- 1106 Alcoholic liver disease  
アルコール性肝疾患
- 1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified  
慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)
- 1108 Liver cirrhosis  
肝硬変 (アルコール性のものを除く)

- 1109 Other disease of liver  
その他の肝疾患
- 1110 Cholelithiasis and cholecystitis  
胆石症及び胆のう炎
- 1111 Disease of pancreas  
膵疾患
- 1112 Others  
その他の消化器系の疾患

## 12. Disease of the skin and subcutaneous tissue

### 皮膚及び皮下組織の疾患

- 1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の感染症
- 1202 Dermatitis and eczema  
皮膚及び湿疹
- 1203 Others  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

## 13. Disease of the musculoskeletal system and connective tissue

### 筋骨格系及び結合組織の疾患

- 1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性関節障害
- 1302 Arthrosis  
関節症
- 1303 Spondylopathies  
脊椎障害 (脊椎症を含む)
- 1304 Intervertebral disc disorders  
椎間板障害
- 1305 Cervicobrachial syndrome  
頸腕症候群
- 1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び坐骨神経痛
- 1307 Other dorsopathies  
その他の脊椎障害
- 1308 Shoulder lesions  
肩の障害
- 1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害
- 1310 Others  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

#### 14. Disease of the Genitourinary system

##### 尿路性器系の疾患

- 1401 Glomerular disease  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
- 1402 Renal failure  
腎不全
- 1403 Urolithiasis  
尿路結石症
- 1404 Other disease 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 disease 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期障害
- 1408 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房及びその他の女性性器の疾患

#### 15. Pregnancy, childbirth and the puerperium

##### 妊娠、分娩及び産じょく

- 1501 Abortion  
流産
- 1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠中毒症
- 1503 Single spontaneous delivery\*  
単体自然分娩
- 1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく

#### 16. Certain conditions originating in the perinatal period

##### 周産期に発生した病態

- 1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害
- 1602 Others  
その他の周産期に発生した病態

#### 17. Congenital Malformation, deformations and chromosomal abnormalities

##### 先天奇形、変形及び染色体異常

- 1701 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天奇形
- 1702 Others  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

#### 18. 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

- 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

#### 19. Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

##### 損傷、中毒及びその他の外因の影響

- 1901 Fracture  
骨折
- 1902 Intracranial injury and injury to organs  
頭蓋内損傷及び内臓の損傷
- 1903 Burns and corrosions  
熱傷及び腐食
- 1904 Poisoning  
中毒
- 1905 Others  
その他

Important : No. 1503 with asterisk is not covered by the Social Insurance.  
1503番 (\*印) について、社会保険は適用されません。

## 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 年 月 日

【療養期間】 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

【療養を受けた者（患者）の署名欄】

（患者名）： \_\_\_\_\_

（住所）： \_\_\_\_\_

（生年月日）： 昭和・平成・令和 年 月 日

【組合員の署名欄】

（所属所名）： \_\_\_\_\_

（組合員等記号番号）： \_\_\_\_\_

（氏名）： \_\_\_\_\_

（住所）： \_\_\_\_\_

（生年月日）： 昭和・平成 年 月 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。