

療養費・家族療養費・高額療養費 請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名（市・町・村・一部事務組合等）		
			名称		
組合員氏名		男・女	所在地		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得日	昭和 平成	年 月 日
療養者	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	続柄	※組合記入	被扶養者 認定年月日	昭和 平成	年 月 日
請求事由・組合員証を使用しなかった理由（該当欄に○・理由等記入）					
	請求事由等				給種コード
	装 具				3
	輸 血				4
	組合員証不携帯（理由： ）				5
	鍼・灸・マッサージ				8
	その他（ ）				19
傷病名			初診日	平成	年 月 日
傷病の原因 (具体的内容)	第三者加害行為(該当 ・ 不該当)		初診に係る医療機関・薬局等		
療養期間	平成 年 月 日から		名称	所在地	
	平成 年 月 日まで		区分		
領収書日付	平成	年 月 日	療養区分	入院 ・ 入院外	
療養に 要した費用	円		請求金額	円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	平成 年 月 日		職名		
			所属機関の長		
			氏名		

- 備考 1 請求には、医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書、証拠書類(領収書原本等)を添付してください。
- 2 自己負担額が高額の場合は、高額療養費、一部負担金払戻金(家族療養費附加金)が支給となる場合があります。

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 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 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 (裏面参照)
3. Date of First Diagnosis: _____ , 20 _____
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 _____ , 20 _____ to _____ 20 _____ (days)
入院 自 至 (日間)
 Out patient or Home Visit: _____ , 20 _____ _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____ _____ , 20 _____
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: 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 _____
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 Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

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、結腸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
その他の悪性新生物
- 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

29 Other nonpsychotic mental disorders

その他の非精神病性精神障害

30 Mental retardation

精神薄弱

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
syndromes

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
じゅく状硬化症
- 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
アレルギー性鼻炎
- 54 Pneumonia
肺炎
- 55 Influenza
インフルエンザ
- 56 Chronic bronchitis
慢性気管支炎
- 57 Asthma
喘息
- 58 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸系の疾患

IX Diseases of the Digestive System

消化系の疾患

- 59 Diseases of teeth and supporting structures
歯及び歯の指示組織の疾患
- 60 Gastric and duodenal ulcer
胃及び十二指腸潰瘍
- 61 Gastritis and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎
- 62 Appendicitis
虫垂炎

63 Hernia and intestinal obstruction

腸閉塞及びヘルニア

- 64 Liver cirrhosis
肝硬変
- 65 Chronic liver disease
慢性肝炎
- 66 Other disorders of liver
その他の肝の疾患
- 67 Cholelithiasis and gallbladder
胆石症及び胆のう炎
- 68 Other diseases of digestive system
その他の消化系の疾患

X Diseases of the Genitourinary System

泌尿生殖系の疾患

- 69 Nephritis and nephrosis
腎炎及びネフローゼ
- 70 Renal failure
腎不全
- 71 Calculus of urinary system
泌尿系の結石
- 72 Other diseases of urinary system
その他の泌尿系の疾患
- 73 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大症
- 74 Other disorders of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患
- 75 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経期の障害
- 76 Other disorders of breast and female genital
organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

XI Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium

妊娠、分娩及び産じよくの合併症

- 77 Pregnancy with abortive outcome
流産
- 78 Hypertension complicating pregnancy and excessive
vomiting in pregnancy
妊娠中毒症
- *79 Delivery in a completely normal case
正常分娩
- 80 Other
その他の妊娠、分娩及び産じよくの合併症

XII Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue

皮膚及び皮下組織の疾患

- 81 Infections of skin and subcutaneous
皮膚及び皮下組織の感染
- 82 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

XII Diseases of Musculoskeletal; System and Connective Tissue

筋骨格系及び結合組織の疾患

83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies

慢性関節リウマチ（脊椎を除く）

84 Osteoarthritis and allied disorders

変形性関節症及び類似症

85 Disorder of back

腰痛症

86 Other dorsopathies

その他の脊柱疾患

87 Peripherral enthesopathies and allied syndromes

肩の障害

88 Others

その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

XIII Congenital Anomalies

先天異常

89 Congenital anomalies of heart

心臓の先天異常

90 Congenital musculoskeletal defoemities

先天性股関節脱臼

91 Others

その他の先天異常

XIV Certain Conditions Originating in the perinatal period

周産期に発生した主要病態

92 Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation and unspecified low birth weight

胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児

93 Other

その他の周産期に発生した主要病態

XV Symotoms, Signs and Ill-defined Conditions

症状、徴候及び診断名不明確の状態

94 Symptoms, signs and Ill-defined Conditions

症状、徴候及び診断名不明確の状態

XVI Injury and Poisoning

損傷及び中毒

95 Fracture

骨折

96 Intracranial injury, internal injury and injury to nerves and spinal cord

脊髄を含む頭蓋内及び内部損傷

97 Burns

熱傷

98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances

化学物質の有害作用

99 Other

その他の損傷及び中毒

Important: No 79 with asterisk is not covered by social insurance

79（*印）は社会保険は適用されません。

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) The Others (Specify)	その他 (特記せよ)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合計	\$ _____	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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 : Last First Title _____

名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone _____

住所 Office 病院又は診療所 Phone _____

Date : _____ Signature _____

日付 署名

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	・ Patient
(患者名) _____	(Name of patient) _____
(住所) _____	(Address) _____
(生年月日) _____年____月____日	(Date of birth) Year____Month____Day_____

長野県市町村職員共済組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、長野県市町村職員共済組合又は、長野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、パスポートを長野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。

To : naganoken shichosonsyokuinkyosaikumiai

I (patient who has received treatment) authorize naganoken shichosonsyokuinkyosaikumiai 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.

(氏名) _____ [Ⓜ]	(Signature) _____
(住所) _____	(Address) _____
(日付) _____年____月____日	(Date) Year____Month____Day_____

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他 [_____] (Relation to the insured): Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

※ 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、所定の書類に必要な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 instritutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.