**※渡航の際には、事前に準備することをおすすめします**

# 海外療養費を申請される方へ

メイテック健康保険組合

下記についてよくお読みになってから、申請をしてください。

## ＜ 提出書類 ＞

（申請書および各様式については、必要部数印刷してご使用ください。）

### 1．療養費支給申請書（本人・家族）

○記入はボールペン等の黒インク（鉛筆・シャープペンシルでの記入不可）で行うこと。また、訂正箇所には訂正印を必ず押して下さい。
○記入もれ・間違いがないか確認をしてから提出してください。（不備の場合、支給が遅れる場合があります）
○受診者ごと、1ヶ月ごと、病院ごと、1診療科目ごと（外来・入院別、医科・歯科別、各科別）ごとに申請書1枚が必要です。

### 2．診療内容明細書(Attending Phycian's Statement)

○全項目について医師の記入があり、所定の欄に医師の署名が必要です。（ご本人が記入する項目はありません。）
○医師の署名がない書類は、受付することができません。
○受診者ごと、1ヶ月ごと、病院ごと、1診療科目ごと（外来・入院別、医科・歯科別、各科別）ごとに明細書1枚が必要です。

### 3．領収明細書(Itemized Receipt) →2.のうち、診療内容の費用明細を記載したものとなります

○所定の欄に医師の署名が必要です。（ご本人が記入する項目はありません。）
○医師の署名がない書類は、受付することができません。費用明細が各項目別の表に書かれていない場合も受付できません。
○受診者ごと、1ヶ月ごと、病院ごと、1診療科目ごと（外来・入院別、医科・歯科別、各科別）ごとに明細書1枚が必要です。

### 4．領収書（原本）

○患者名、日付、金額が明確なもの。原本が必要です。（コピーや再発行では、受付できません）
○提出されました領収書を返却することはできません。

### 5．海外療養費日本語翻訳(診療内容明細書Attending Phycian's Statementと領収明細書Itemized Receipt)

○添付書類が外国語で記載の場合は、日本語の翻訳文も必要です。（翻訳文に翻訳者の氏名・住所も記載ください。）

### 6．治療を受けた方のパスポート（写し） →氏名・顔写真のページ、日本国及び滞在先の入出国の押印があるページ

○受診日当時の当該国への滞在についてを証するものとして、出入国記録により確認します。

### 7．調査に係る同意書

○療養費の支給審査のため、必要に応じて照会を行うことに同意をすることが必要です。

**例：2016年4月に外来で通院（4/5.7.8）。4月中旬（4/12）より入院し5月半ば（5/10）に退院した場合の申請時に必要な書類**

2016年4月度の外来分に対する 1. 2. 3.それぞれの書類と 4/5と4/7と4/8に支払った額を証する 4.領収書（原本） と5. 6.ならびに7.
2016年4月分の入院分に対する 1. 2. 3.それぞれの書類と 4/12から4/30までの入院費用を支払ったことを証する 4.領収書（原本） と5.
2016年5月分の入院分に対する 1. 2. 3.それぞれの書類と 5/1から5/10までの入院費用を支払ったことを証する 4.領収書（原本） と5.
医師に証明を受ける書類には、「月ごと、・・・・等」の記載がありますが、受診者/被保険者ご自身も医師へ依頼する際、ならびに受領時には、
医師証明書類のそれぞれに分けられての記載がなされていること、各項目の記入漏れが無いことを、きちんと確認をした上で受領すること。

## ＜ 連絡事項 ＞

1. 支給対象となるのは日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療に限られ、はじめから治療目的で海外に渡航した場合・業務上の災害や第三者行為による病気や怪我などの診療は支給対象外になります。
2. 海外療養費の支給は、日本国内での保険医療機関や保険薬局で受けられるものの範囲内です。なお、国内に適当な保険医がいるにもかかわらず、自ら好んで海外の医師にかかりに行った場合には、海外療養費は支給されません。
3. 海外旅行中などで、直ちに海外の病院にかかるべき緊急を要する理由もなく、帰国後治療が可能な症状に対して海外療養費は支給されません。

## ＜ 注意事項 ＞

1. 申請書・診療内容明細書（含、領収明細書）・領収書・翻訳文は原本を提出してください。コピーでは受付できません。
2. 海外療養費の申請は、病院に支払いをした日の翌日から2年経過すると時効となります。
3. 不備により当組合より書類返却をした場合においても、時効は上記2.と同様です。再提出をする場合には、速やかにご対応ください。
4. 海外の病院等で「診療内容明細書」「領収明細書」を発行してもらうのに費用がかかる場合、その費用は申請者の負担となります。
5. 日本語への翻訳に関して、翻訳者の資格等は問いません。翻訳を業者に委託した場合にかかった費用は、申請者の負担になります。

## ＜ 支給額 ＞

海外で病気やけがをして海外の医師の治療を受けた場合は、日本の健康保険法が適用されず、医療費は全額自己負担になります。全額自己負担した医療費は当健保へ所定の手続き（請求）を行うことで、日本で治療を受けた時と同様に健康保険負担分（医療費の7割等）を「海外療養費」として清算します。
清算額は、日本の保険適用範囲内で査定された金額で給付となります。（病院支払い額の7割等が給付されるわけではありません）
場合によっては多額の自己負担が生じる可能性もありますので、ご了承ください。（1000USD支払いに対し、査定額が20,000円の場合はその7割等）

## ＜ 支給方法 ＞

当組合に書類が到着しましたら、当組合にて内容審査を実施します。（不備が無く書類受付した場合で、内容審査に3ヶ月程度かかります。）
審査結果により、「支給決定通知書」あるいは「不支給決定通知書」を被保険者あて（日本国内の住所）に郵便にて送付します。
支給決定時には、「支給決定通知書」に支給日を記載します。健康保険組合からの給付は、療養費支給申請書に記載の口座へ直接振り込みを行います。
請求者が海外にいる間に、この療養費の請求をする場合は、事業主を経由して行い、その受領を国内の事業主か、国内の家族等に委任してください。
（健康保険組合より海外送金はできませんのでご了承ください。）

**【ご案内】**
**・より高度な治療、より良い環境下の療養を求めて等、「治療を目的」に海外で診察を受けた場合は海外療養費の申請はできません。**
**・海外療養費の不正受給に関する報道及び厚生労働省通知により、支給申請に対する審査を強化しています。**
**渡航、翻訳文、医療機関、受診の確認等に時間がかかりますので、支給・不支給の決定までには期間がかかることをご了承ください。**
**・保険給付費の適正な処理のため「パスポートの写し」、「調査に関わる同意書」の提出と、日本語以外の言語で医師の証明がある場合には、翻訳文の提出をお願いすることになりました。皆様のご協力をお願いいたします。**

R6年12月掲載（R6年12月改定）

| 健保使用欄 | 決 裁 伺 | | | 承認 | 確認 | 担当 | 受付 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 支給決定額 円 | 支給割合 割<br>(1.)立替払い等 ( 外国分 ) | | | | | |
| | 法定給付 円 | | | | | | |
| | 付加給付 円 | | | | | | |
| | 支給決定日 令和 年 月 日 | 期間 | 自：令和 年 月 日 | 資格取得(認定)日 年 月 日 | | | |
| | 支払日 令和 年 月 日 | | 至：令和 年 月 日 | 資格喪失日 令和 年 月 日 | | | |

# 療養費支給申請書（本人・家族）

令和 年 月分
（立替払い・海外療養費）

**注意事項**

- ●提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）
- ●振込先（⑲）は、必ず記入すること。（支給決定額を支払する際に使用致します）
- ●記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所に二重線を引き、訂正印を押印すること。（修正液等の訂正は、認めません）
- ●申請時は、個人ごと・医療機関ごと・暦月ごと・入院外来の別 で、それぞれの用紙に記入をしてください。

メイテック健康保険組合 理事長 殿

提出日 年 月 日

下記のとおり、申請します。

被保険者氏名 ㊞

**【被保険者の記入欄】**

被保険者等記号・番号、又は被保険者のマイナンバーのいずれかを記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①-1 被保険者等記号・番号 | ― | ①-2 被保険者のマイナンバー | |
| ②事業所の名称 | | 所属部署 | |
| ③被保険者の氏名 | | ④被保険者の生年月日・年齢 | 昭和 平成 年 月 日（ 歳） |
| ⑤被保険者の住所 | （〒 ― ） | （電話番号 ― ― ） | |
| ⑥療養を受けた者の氏名・続柄 | 被保険者との続柄（ ） | ⑦療養を受けた者の生年月日・年齢 | 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳） |
| ⑧渡航国名 | | ⑨渡航目的 | |
| ⑩渡航期間 | 自： 令和 年 月 日 | 至： 令和 年 月 日 | |
| ⑪傷病名 | | ⑫業務上の負傷ですか | はい ・ いいえ |
| | | ⑬第三者の行為によるものですか | はい ・ いいえ |
| ⑭発病又は負傷原因及びその経過 | （いつ） 平成・令和 年 月 日（ 曜日） 午前 ・ 午後 時頃<br>（どこで）<br>（何をしていて） | | |
| ⑮診療受けた医療機関・医師名等 | 名称 | 電話 | ⑯治療に要した費用・通貨 |
| | 所在地 | 担当医師名 | |
| ⑰診療の期間（支給期間） | 自：令和 年 月 日<br>至：令和 年 月 日 | 実日数 日 | 入院外来の別：入院していた・外来(入院外)<br>入院の場合（左記⑰で、入院の期間）自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 日間 |
| ⑱処方、手術その他の処置の概要（⑥療養を受けた者が、分かる範囲で記入） | 医師より説明を受けた「症状」、「治療内容・処方された薬の名称・検査の有無・手術の有無」、診療後の過ごし方として指導されたこと等（詳しく） | | |

| ⑲振込先（選択） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 銀行振込 | 銀行 | 支店 | 支店番号 | 口座名義（カナ） | |
| | 預金種別 （普通） | 口座番号 | | 口座名義（漢字） | |
| ゆうちょ振込 | ゆうちょ 銀行 | 記号（5桁） | | 口座名義（カナ） | |
| | | 番号（8桁） | | 口座名義（漢字） | |

| 代理受取人の欄 | | |
|---|---|---|
| 振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと（同一筆跡・印影は不可） | | |
| 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | 委任者と代理人との関係 |
| 申請者（被保険者） ㊞ | 申請者の住所・電話 | |
| 代理人の氏名と印 ㊞ | 代理人の住所・電話 | |

**【連絡事項】**

1. 国内より高度な治療、良い環境下で療養したいから等の「治療を目的」として海外で診療を受けた場合は、支給対象外となります。
2. 請求者が海外にいる間に、この療養費の請求をする場合は、事業主を経由して行い、その受領を国内の事業主か、家族等に委任してください。

**【添付書類】 給付の申請時には本申請書に加えて、下記の添付書類（原本）が必要です。**

・「診療内容明細書(Attending Phycian's Statement)」及び「領収明細書(Itemized Receipt)」を受診した病院のドクターに記入を受けてください。
・「診療内容明細書(Attending Phycian's Statement)」及び「領収明細書(Itemized Receipt)」を日本語以外の言語で記入を受けた場合は、翻訳文を準備すること。
・①渡航期間がわかるパスポートの写し（氏名・顔写真のページ、日本国及び滞在先の入出国の押印があるページ ）
②調査に関わる同意書 ③診療に要した費用の領収書 ④「診療内容明細書(Attending Phycian's Statement)」
⑤「領収明細書(Itemized Receipt) ⑥翻訳文

◆本書に記入していただいた個人情報については、当健保のプライバシーポリシーに基づき適切に取り扱い、目的外には利用しません。

【R6.12改】

## 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 social insurance benefit.
   この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
   各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A
様 式 A

# Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient (Last,First) _____
   患 者 名

   Age (Date of Birth) _____ Sex (Male / Female) _____
   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 use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
   傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（付録参照）

   _____ (No. )

3. Date of first Diagnosis: _____ , 20 ____
   初 診 日

4. Day of Diagnosis and Treatment: _____ days
   診 療 日 数 日間

5. Type of Treatment:
   治療の分類

   ☐ Hospitalization: From _____ , _____ to _____ , 20 ____ ( days)
   入 院 自 至 ( 日間)

   ☐ Outpatient or Home Visit : _____ , 20 ____ _____ , 20 ____ _____ , 20 ____
   入 院 外 _____ , 20 ____ _____ , 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 accidenal 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 &/or Attending physician : Please fill in form B
   項目別治療実費 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： Office 病院又は診療所 Phone 電話

    Date 日付： Signature 署名：

    Attending physician 担当医

    Reference Number of your Medical Report (if applicable)
    診 療 所 で の 診 療 記 録 番 号

    _____

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
   この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic
   この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
   各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
4. Please fill in the description of service other than listed items.
   ※16.その他の項目には、1～15に該当しない診療内容を記入して下さい。

Form B

様 式 B

# Itemized Receipt

領 収 明 細 書

| Description | Unit | Amount |
|---|---|---|
| (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) Hospitalzation 入院費 | | |
| (6) Consultaion 診察費 | | |
| (7) Operation 手術費 | | |
| (8) Professional Nursing 職業看護職費 | | |
| (9) Radiology 画像診断 | | |
| ☐ X-Ray Examinations （ X線検査費 ）_____ | | |
| ☐ Ultrasound （ 超音波検査 ）_____ | | |
| ☐ Nuclear Scan （ 核医学診断 ）_____ | | |
| (10) Laboratory Tests 諸検査費 | | |
| (11) Medicines 医薬費 | | |
| (12) Surgical Dressing 包帯費 | | |
| (13) Anaethetics 麻酔費 | | |
| ☐ Local （局部） ☐ Spinal （脊椎） ☐ General （全身） | | |
| (14) Operating Room Charge 手術室費用 | | |
| (15) Rhysiotherapy _____ 理学療法 | | |
| (16) Others (Specify) その他（項目明記） | | |
| Total Fee 合計 | | |

《 INPORTANT 》 Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
《 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 _____ Title 称号 _____

Address 住所： Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

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．Certain infectious 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 mucous 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
感染症及び寄生虫の続発・後遺症

0109 Other infectious and parasitic diseases
その他の感染症及び寄生虫症

## Ⅱ．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 rectosigmoid 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
肝炎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 Leukaemia 白血病

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

## 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障害

0301 Anaemias 貧 血

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障害

## Ⅳ．Endocrine, nutritional and metabolic diseases
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 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

## Ⅴ．Mental and behavioural disorders
精神及び行動の傷害

0501 Vascular dementia and Unspecified dementia
血管性及び詳細不明の痴呆

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傷害

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 Other psychoses and disorders of action
その他の精神及び行動の障害

## Ⅵ．Diseases of the nervous system
神経系の患者

0601 Parkinson'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酔性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害

0606 Others Diseases of the nervous system その他の神経系の疾患

## Ⅶ．Diseases 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 Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患

## Ⅷ．Diseases of the ear and mastoid process
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 diseases 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 diseases of inner ear その他の内耳疾患

0807 Other diseases of ear その他の耳疾患

## Ⅸ．Diseases of the circulatory system
循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患

0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患

0903 Other froms of heart disease その他の心疾患

0904 Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage 脳内出血

0906 Occulusion of percerebral and cerebral arteries 脳梗塞

0907 Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化（症）

0908 Other cerebrobascular diseases その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis 動脈硬化（症）

0910 Haemorrhoids 痔核

0911 Hypotension 低血圧

0912 Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患

## Ｘ．Diseases 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 急性咽頭炎及び急性扁桃腺

1003 Other acute upper respiratory infecitions 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 Vasomotor and 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
急性又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 Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患

## ＸⅠ．Diseases of the digestive system

消化器系の疾患

1101 Dental caries う蝕

1102 Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other disorders of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持組織の障害

1104 Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍

1105 Gastritis 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 not elsewhere classified
肝硬変（アルコール性のものを除く）

1109 Other disorders of liver その他の肝疾患

1110 Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎

1111 Diseases of pancreas 膵疾患

1112 Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患

## ＸⅡ．Diseases 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 皮膚炎及び湿疹

1203 Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

## ＸⅢ．Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性間接障害

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 頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica 腰痛症及び座骨神経痛

1307 Other dorsopathies その他の脊柱障害

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 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

## ＸⅣ．Diseases of the genitourinary system

尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases 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 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 その他の男性性器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他女性性器の疾患

## ＸＶ．Pregnancy, childbirth and the puerperium

妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome 流産

1502 Oedema, proteinuria and hypertensive disoders in pregnancy, Childbirth and the puerperiumand the puerperium
妊娠中毒症

1503* Single spontaneous delivery 単胎自然分娩

1504 Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
その他の妊娠、分娩及び産じょく

## ＸⅥ．Certain conditions originating in the perinatal period

周産期に発生した病態

1601 Disorders related to length of gestation and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others Certain conditions originating in the perinatal period
その他の周産期に発生した病態

## ＸⅦ．Congenital malformations, 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 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

## ＸⅧ．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

## 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

1901 Fracture 骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
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 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
その他の損傷及びその他の外因の影響

**Important**：No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.
注：1503番（＊印）は社会保険は適用されません。

# 海外療養費　日本語翻訳

| Form A | 様式A |
|---|---|

「診療内容明細書**(Attending Phycian's Statement)**」 を訳したもの

| |
|---|
| 2. 傷病名 （及び社会保険用国際疾病分類番号） |
| 6. 症状の概要 |
| 7. 処方、手術、その他処置の概要 |

| Form B | 様式B |
|---|---|

「領収明細書(Itemized Receipt)」 を訳したもの

| |
|---|
| 16. その他（項目明記） |

翻訳者（被保険者ご本人でも可）

住所

氏名　　印

電話番号

（別　紙）

# 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＿＿＿＿

メイテック健康保険組合 御中
私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿は、メイテック健康保険組合の職員又はメイテック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、パスポートをメイテック健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To:Meitec health insurance society
I (patient who has received treatment) authorize Meitec health insurance society or its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas staff, and its 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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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12ヵ月間です。

(Signature) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(Address) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(Date) Year＿＿＿＿＿　Month＿＿＿ Day＿＿＿＿
(Relation to the insured) : Self ・Guardian ・ Heir ・ Other
※ This agreement of authorization expires 12 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.