

| | |
|-------|---------------------------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 伺年月日 | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |
| 支給額 | 円 |
| 支給期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 日 間 |

| 支給支払決議書 | | | |
|---------|-------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| 資格取得 | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | 年 月 日 | | |
| 支払年月日 | 年 月 日 | | |

被保険者 療養費支給申請書

(第 回目)

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------|-------------------------|----------------|-----------|-----|-------|--------------------|
| <small>(注) こ れ 輸 血 意 事 要 及 び こ ル 費 用 の ト 「 等 治 収 療 書」 を 添 付 し て 下 さ る 申 請 の と き は、 「 医 師 の 証 明 書」 の ほ か </small> | 被保険者証の記号・番号 | 第 号 | 被保険者が勤務する(していいた)事務所の所在地 | 名称 | 電話 | 局番 | | |
| | 傷病名 | | | 発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 発病又は負傷の原因 | | | | | | | |
| | 傷病の経過 | | | | | | | |
| | 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名 | 名称 | | | 所在地及び電話番号 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 診療又は手当の内容 | | | | | | 入院期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| | コルセット装着日 | | | | | | 年 月 日 | |
| | 診療又は手当を受けた期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日間 | 診療又は手當に要した費用の額 | 金 円也 | | | |
| | 診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨 | | | | | | | |
| 療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかつた理由 | | | | | | | | |
| 第三者の行為による負傷であるとき | その事実と届出の有無 | | | 加害者の氏名 | | | | |
| | | | | 加害者の住所 | | | | |
| 被扶養者に関する申請のとき | 氏名 | 生年 月日 | 明大昭平 | 年 月 日 | 被保険者との続柄 | | | |
| 振込希望の銀行又は郵便局名 | 銀行 | 支店(普通 当座) | 第 | 号) | ・ | 郵便局 | | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 | | | | | | | | |
| 被保険者の 住所 氏名 | | | | | | | | |
| 健康保険組合理事長殿 | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------|---|--------------|---|----|---|-----|--|--|
| 委任状 | 私は を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名 | | | | | | | |
| | 印 | | | | | | | |
| | 印 | | | | | | | |
| 振込希望の銀行又は郵便局名 | 銀行 | 支店(普通 当座) | 第 | 号) | ・ | 郵便局 | | |

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 領收書 | 金 円也但し うえの金額を領收回りました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 | | | | | | | |
| | 印 | | | | | | | |
| | 印 | | | | | | | |

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form C

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-----------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---------------|---|---|---|---|---|-------|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|--|--|--|--|--|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|
| 1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____ | Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____ | Sex (Male · Female) 性別(男・女) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Date of first Diagnosis 初診日 _____ | 3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="8">Permanent tooth</td> <td colspan="8">Primary tooth</td> </tr> <tr> <td colspan="8">(Upper)</td> <td colspan="8">(Lower)</td> </tr> <tr> <td>RIGHT</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>RIGHT</td><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td> <td>LEFT</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td> </tr> <tr> <td>(Lower)</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>LEFT</td><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td> <td>RIGHT</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td> </tr> </table> | | | Permanent tooth | | | | | | | | Primary tooth | | | | | | | | (Upper) | | | | | | | | (Lower) | | | | | | | | RIGHT | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | RIGHT | e | d | c | b | a | LEFT | a | b | c | d | e | (Lower) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | LEFT | e | d | c | b | a | RIGHT | a | b | c | d | e |
| Permanent tooth | | | | | | | | Primary tooth | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Upper) | | | | | | | | (Lower) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIGHT | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | RIGHT | e | d | c | b | a | LEFT | a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Lower) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | LEFT | e | d | c | b | a | RIGHT | a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Type of Treatment 治療の分類

| Dental Treatment 歯科治療 | Localization of Teeth Examined 患歯部位 | Material 材料 | Fee 治療費 |
|--|--|----------------|------------|
| Initial Office Visit 初診料 | | | |
| X-Ray Examination レントゲン検査 | | | |
| Dental Pulp Extirpation 抜髓 | | | |
| Operation 手術 | | | |
| Extraction 抜歯 | | | |
| Filling 充填 | | | |
| Inlay インレー | | | |
| Metal Crown 金属冠 | | | |
| Post Crown 繼続歯 | | | |
| Jacket Crown ジャケット冠 | | | |
| Bridge Work ブリッジ | | | |
| Plate Denture 有床義歯 | | | |
| Partial Denture 局部義歯 | | | |
| Complete Denture 総義歯 | | | |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置 | | | |
| Medicine 投薬 | | | |
| The Others その他 | | | |
| Total 合計 | | | |

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 (電話) _____

Office (病院または診療所) _____ 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

社会保険表章用国際疾病分類表

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

I 感染症及び寄生虫症

Certain infectious and parasitic diseases

- 0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases
0102 結核 Tuberculosis
0103 主として性的伝播様式をとる感染症 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
0105 ウィルス肝炎 Viral hepatitis
0106 その他のウイルス疾患 Other viral diseases
0107 真菌症 Mycoses
0108 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 Sequelae of infectious and parasitic diseases
0109 その他の感染症及び寄生虫症 Other infectious and parasitic diseases

II 新生物 Neoplasms

- 0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach
0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon
0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
0204 肝及び肝内胆管の悪性新生物 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast
0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus
0208 悪性リンパ腫 Malignant Lymphoma
0209 白血病 Leukaemia
0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms
0211 良性新生物及びその他の新生物 Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

- 0301 貧血 Anaemias
0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

- 0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland
0402 糖尿病 Diabetes mellitus
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の障害

Mental and behavioural disorders

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

- 0502 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0504 気分【感情】障害（躁うつ病を含む） Mood [affective] disorders
0505 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
0506 精神遅滞 Mental retardation
0507 その他の精神及び行動の障害 Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の疾患 Diseases of the nervous system

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

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

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

VIII 耳及び乳様突起の疾患

Diseases of the ear and mastoid process

- 0801 外耳炎 Otitis externa
0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
0803 中耳炎 Otitis media
0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患 Other diseases of middle ear and mastoid
0805 メニエール病 Disorders of vestibular function
0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear
0807 その他の耳疾患 Other disorders of ear

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

- 0901 高血压性疾患 Hypertensive diseases
0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
0906 脳梗塞 Occlusion of precerbral and Cerebral arteries
0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis
0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis
0910 痔核 Haemorrhoids
0911 低血圧（症） Hypotension
0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

X 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system

- 1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]
 1002 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 Acute pharyngitis and tonsillitis
 1003 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 Acute pharyngitis and tonsillitis
 1004 肺炎 Pneumonia
 1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis
 1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis
 1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis
 1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎
 Bronchitis, not specified as acute or chronic

- 1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease
 1010 哮息 Asthma
 1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system

X I 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system

- 1101 う歎 Dental caries
 1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases
 1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害
 Other disorders of teeth and supporting structures
 1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer
 1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis
 1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease
 1107 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)
 Chronic hepatitis, not elsewhere classified
 1108 肝硬変 (アルコール性のものを除く)
 Liver cirrhosis not elsewhere classified
 1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver
 1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis
 1111 膵疾患 Diseases of pancreas
 1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system

X II 皮膚及び皮下組織の疾患

Diseases of the skin and subcutaneous tissue

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

X III 筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

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

X IV 尿路性器系の疾患 Diseases of the genitourinary system

- 1401 糜球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 Glomerular diseases

1402 腎不全 Renal failure

1403 尿路結石症 Urolithiasis

1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system

1405 前立腺肥大 (症) Hyperplasia of prostate

1406 その他の男性器の疾患 Other diseases of male genital organs

1407 月経障害及び閉経周辺期障害

Menopausal and postmenopausal disorders

1408 乳房及びその他の女性性器の疾患

Other disorders of breast and female genital organs

X V 妊娠、分娩及び産じゆく

Pregnancy, Childbirth and the puerperium

- 1501 流産 Pregnancy with abortive outcome

1502 妊娠中毒症

Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium

1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery

1504 その他の妊娠、分娩及び産じゆく

Other Pregnancy, childbirth and the puerperium

X VI 周産期に発生した病態

Certain conditions originating in the perinatal period

- 1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害

Disorders related to length of gestation and fetal growth

- 1602 その他の周産期に発生した病態

Others Certain conditions originating in the perinatal period

X VII 先天奇形、変形及び染色体異常

Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart

1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常

Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

X VIII 症状、徵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

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

- 1800 症状、徵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

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

1901 骨折 Fracture

1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷

Intracranial damage and internal organ damage

1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions

1904 中毒 Poisoning

1905 その他の損傷及びその他の外因の影響

Others Injury, poisoning and certain other consequences of external Causes

注：1503番（＊印）は社会保険は適用されません。

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.