

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			所在地		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日
療養者	氏名			生年月日	昭和 平成 令和
	続柄	※組合員証記入		被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和
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 令和	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	令和 年 月 日から		名称		
	令和 年 月 日まで		所在地		
領収書日付	令和 年 月 日		区分	保険医療機関 ・ 保険薬局 ・ その他	
療養に 要した費用	円		療養区分	入院 ・ 入院外	
療養に 要した費用	円		請求金額	円	
上記のとおり請求します。					
長野県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 年 月 日					
住所					
請求者					
氏名					
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。				
	令和 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)
患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____
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

診療内容明細書の裏面 (その1)

VI 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 Ischaemic 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

VII 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

VIII 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官の疾患
- 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官の疾患

XI Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium

妊娠、分娩及び産後期の合併症

- 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、分娩及び産後期の合併症

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

IX 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 Peripherall 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

90 Other

その他の損傷及び中傷

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。

X Congenital Anomalies

先天異常

- 89 Congenital anomalies of heart
心臓の先天異常
- 90 Congenital musculoskeletal deformities
先天性肢関節脱臼
- 91 Others
その他の先天異常

XV 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

XII Symptoms, 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

XIII Injury and Poisoning

損傷及び中傷

- 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

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) Anesthetics	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

様式 C
Form C

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) _____	・ Patient (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 shichosensyokuinkyosaikumiai

I (patient who has received treatment) authorize naganoken shichosensyokuinkyosaikumiai 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 institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.