

受 付 印

処 理 印

常務理事	事務長	係	係

健康保険 被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書（歯科を除く）

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	-		被保険者氏名				
被 保 険 者 の 住 所 等	〒 自宅等電話番号						
療養が被扶養者 に関するとき	氏名	生年 月 日	和暦 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄			
傷 病 名			発病又は負傷 の 年 月 日	和暦 年 月 日			
発病又は負傷の 原因（詳細に）							
傷 病 の 経 過							
診療等受けた 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						
診療等の内容			入院期間	自 和暦 至 和暦	年 月 日	年 月 日	
			コルセット装着日	和暦	年 月 日	年 月 日	
診 療 等 を 受 け た 期 間	和暦 年 月 日	日間	診療に要した 費用の額				*実際に支払った通貨でご記入下さい
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	<input type="checkbox"/> 三者の行為による負傷である 届出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		加害者の氏名			
				加害者の住所	〒		
振 込 先 の 指 定	<input type="checkbox"/> 給与振込 → (A)の被保険者欄に記入をお願いします。						
	<input type="checkbox"/> 代理人振込 → (A)と(B)に記入をお願いします。						
	(A) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 和暦 年 月 日						
	委任状 被 保 険 者 氏 名 : 住 所 : 代 理 人 氏 名 : 連絡先						
	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。						
振 込 口 座	(B)	金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支 店 名	預金種別	口 座 番 号		
				普 通			
		(フリガナ) 口 座 名 義					

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that patient may claim the socila 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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
 この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- Please fill in this description of service other than listed items marked. ※
 ※13.その他の項目には、1～12に該当しない診療内容を記入して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization /outpatient(home visit)should be filled out
 各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
- If not in dollars,please specify the unit used.
 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge
 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Attending Physician's Statement
 診療内容明細書

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状			<input type="checkbox"/> Physical Check-up 健康診断	<input type="checkbox"/> Immunization 予防接種	
			<input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊婦		
Description of Service 診療内容		Fee 料金	Description of Service 診療内容		Fee 料金
1. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 days Office Visit 外来 日間 Initial 初診			8. Hospitalization days 入院診療 日間 Admission 入院 Discharge 退院		
Subsequent 再診			9. Operation 手術		
Subsequent 再診			Fixation 固定		
Home Visit 往診			Dressing 包交		
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			10. Anesthesia <input type="checkbox"/> Local 局所 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身		
3. <input type="checkbox"/> injection 注射 <input type="checkbox"/> IV Treatment 点滴 Phsrmary 薬剤			11. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室		
4. Laboratory(Specify) 検査			12. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断		
5. Physiotherapy 理学療法			<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査		
6. Medical Supplies 医療器材			<input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断		
7. Hospital Visit 入院時医学管理			※ 13. Other その他		
Unit is 貨幣単位			Total Fee 合計		

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。

Name and Address of Physician / Hospital,Clinic,Office 医師の氏名及び住所または病院、診療所の名称及び所在地	
Date 月日	Physician's Signature 医師の署名

邦 訳

診断・症状

2・3・6 薬等の内訳 (薬の名称、投与量等)

4・5・10 諸検査の内訳

9・12 手術・画像診断内容

13. その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
名 前	サイン
住 所	電話

- 申請者の方へ
- ※印(13.その他)に医師の記入がある場合は必ず邦訳部分に和訳を記入して下さい。
 - 診断・症状を邦訳部分に記入して下さい。

(領収書原本貼付用)

領 収 書 の り 付 け 欄

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

<u>I 感染症及び寄生虫症</u>	0502 精神作用物質使用による精神及び行動の傷害
Certain infectious and parasitic diseases	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases	0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0102 結核 Tuberculosis	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0103 主として性的伝播様式をとる感染症	0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む） Mood[ffective] disorders
Infections with a Predominantly sexual mode of transmission	0505 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	Neurotic, stress-related and somatoform disorders
Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions	0506 精神遅滞 Mental retardation
0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis	0507 その他の精神及び行動の障害
0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases	Other psychoses and disorders of action
0107 真菌症 Mycoses	
0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症	<u>VI 神経系の患者</u> Diseases of the nervous system
Sequelae of infectious and parasitic diseases	0601 パーキンソン病 Parkinson's disease
0109 その他の感染症及び寄生虫症	0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease
	0603 てんかん Epilepsy
<u>II 新生物</u> Neoplasms	0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach	Cerebral palsy and other paralytic syndromes
0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon	0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system
Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum	
0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物	<u>VII 眼及び付属器の疾患</u> Diseases of the eye and adnexa
Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	0701 結膜炎 Conjunctivitis
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0702 白内障 Cataract
Malignant neoplasm of trachea,bronchus and lung	0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast	0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa
0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus	
0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma	<u>VIII 耳及び乳様突起の疾患</u>
0209 白血病 Leukaemia	Diseases of the ear and mastoid process
0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms	0801 外耳炎 Otitis externa
0211 良性新生物及びその他の新生物	0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
Other benign neoplasms and other neoplasms	0803 中耳炎 Otitis media
	0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患
<u>III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</u>	Other diseases of middle ear and mastoid
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	0805 メニエール病 Disorders of vestibular function
0301 貧血 Anaemias	0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear
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	0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear
Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism	
<u>IV 内分泌、栄養及び代謝疾患</u>	<u>IX 循環器系の疾患</u> Diseases of the circulatory system
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases
0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland	0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
0402 糖尿病 Diabetes mellitus	0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism	0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
<u>V 精神及び行動の障害</u>	0906 脳梗塞 Occlusion of percerebral and cerebral arteries
Mental and behavioural disorders	0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis
0501 血管性及び詳細不明の痴呆	0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
Vascular dementia and Unspecified dementia	0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis
	0910 痔核 Haemorrhoids
	0911 低血圧 Hypotension
	0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

<u>X 呼吸器系の疾患</u> Diseases of the respiratory system	1402 腎不全 Renal failure
1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]	1403 尿路結石症 Urolithiasis
1002 急性咽頭炎及び急性扁桃腺 Acute pharyngitis and tonsillitis	1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system
1003 その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections	1405 前立腺肥大 (症) Hyperplasia of prostate
1004 肺炎 Pneumonia	1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs
1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis	1407 月経障害及び閉経周辺期障害 Menopausal and postmenopausal disorders
1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis	1408 乳房及びその他女性性器の疾患 Other disorders of breast and female genital organs
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	<u>X V 妊娠、分娩及び産じょく</u> Pregnancy, childbirth and the puerperium
1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease	1501 流産 Pregnancy with abortive outcome
1010 喘息 Asthma	1502 妊娠中毒症 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium
1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system	1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
<u>X I 消化器系の疾患</u> Diseases of the digestive system	1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
1101 う蝕 Dental caries	<u>X VI 周産期に発生した病態</u> Certain conditions originating in the perinatal period
1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases	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
1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害 Other disorders of teeth and supporting structures	1602 その他の周産期に発生した病態 Others Certain conditions originating in the perinatal period
1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer	<u>X VII 先天奇形、変形及び染色体異常</u> Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis	1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease	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
1107 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く) Chronic hepatitis, not elsewhere classified	<u>X VIII 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</u> Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
1108 肝硬変 (アルコール性のものを除く) Liver cirrhosis not elsewhere classified	1800 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 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver	<u>X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響</u> Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis	1901 骨折 Fracture
1111 膵疾患 Diseases of pancreas	1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 Intracranial damage and internal organ damage
1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system	1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions
<u>X II 皮膚及び皮下組織の疾患</u> Diseases of the skin and subcutaneous tissue	1904 中毒 Poisoning
1201 皮膚及び皮下組織の感染症 Infections of the skin and subcutaneous tissue	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
1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema	注：1503 番 (*印) は社会保険は適用されません。
1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue	Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.
<u>X III 筋骨格系及び結合組織の疾患</u> Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	
1301 炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies	
1302 関節症 Arthrosis	
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 腰痛症及び座骨神経痛 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	
<u>X IV 尿路性器系の疾患</u> Diseases of the genitourinary system	
1401 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 Glomerular diseases	

(別 紙)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
・Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

・患者
(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) ^{和暦} _____ 年 _____ 月 _____ 日

・Patient
(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

ファイザー健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____は、ファイザー健康保険組合の職員又はファイザー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、パスポートをファイザー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Pfizer Health Insurance Society

I (_____) authorize Pfizer Health Insurance Society 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.

署名欄
Signature

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) _____

(住所) _____

(日付)^{和暦} _____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6ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured): Self • Guardian • Heir • Other

* This agreement of authorization expires 6 months 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.