

令和 年 月 日

T I S インテックグループ健康保険組合

受付日付印

支 給 額			拾万	万	千	百	拾	円
支 給 内 訳	法定							
	付加							
診療行内容からの算定額による		一日当たりの基準額						
		レセプトより						
支払い金額による		換算レート 年 月 日						

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 attending physician.
この様式は担当医が記入し、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、この様式1枚が必要です。

FormA 様式A

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

(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 _____ , _____ 20 to _____ , _____ 20 (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
☐ Out patient or Home Visit From _____ , _____ 20 to _____ , _____ 20
入院外
- 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 ☐
治療は事故の障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
項目別治療実費 _____ 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 _____

診療内容明細書（海外分） 翻訳

1. 患者名 : _____

生年月日 : 昭・平・令 年 月 日 性別 : 男 ・ 女

2. 傷病名 : _____

3. 初診日 : 平・令 年 月 日

4. 診療日数 : _____ 日

5. 治療の分類

入 院 : 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ()日間

入 院 外 : 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ()日間

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか

(はい ・ いいえ)

10. 担当医の名称及び病院又は診療所住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

11. 翻訳者の名称及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic 担当医また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 attending physician.
この様式は担当医が記入し、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、この様式1枚が必要です。
- 4 . 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ください。

Itemized Receipt 領収明細書

Form B 様式 B

(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-Rai 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) Others (Specify)	その他(特記せよ)		
(16) Total	合 計		
			Unit is 貨幣単位

Important : 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 : Home 自宅	Phone 電話	
Office 病院又は診療所	Phone 電話	

Date 日付: _____

Signature 署名: _____

領収明細書（海外分） 翻訳

1. 初 診 料	_____	
2. 再 診 料	_____	
3. 往 診 料	_____	
4. 入 院 管 理 料	_____	
5. 入 院 費	_____	
6. 診 察 費	_____	
7. 手 術 費	_____	
8. 職 業 看 護 婦 費	_____	
9. X 線 検 査 費	_____	
10. 諸 検 査 費	_____	
11. 医 薬 費	_____	
12. 包 帯 費	_____	
13. 麻 酔 費	_____	
14. 手 術 室 費 用	_____	
15. その他(特記せよ)	_____	

16. 合 計	_____	貨幣単位 _____

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

翻訳者の名前及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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、この様式1枚が必要です。

Form C 様式C

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

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)																																																									
Date of First Diagnosis : 初診日		Days of Diagnosis and Treatment : 診療日数		days 日間																																																									
Permanent Tooth (永久歯)		Tooth Number (歯式)																																																											
		Primary Tooth (乳歯)																																																											
<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>R</td><td colspan="7"></td><td>L</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> </table>		8	7	6	5	4	3	2	1	R								L	8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1"> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>R</td><td colspan="4"></td><td colspan="5"></td><td>L</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> </table>				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	R										L	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
8	7	6	5	4	3	2	1																																																						
R								L																																																					
8	7	6	5	4	3	2	1																																																						
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																				
R										L																																																			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																				
1. Name of Illness (傷病名)																																																													
(1) Dental Caries (う蝕症)		(2) Missing Tooth (欠損)		(3) Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)																																																									
(4) The Others (その他)																																																													
2. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) (症状の概要)																																																													
()																																																													
3. Prescription, operation and any other treatments (in brief) (処方、手術その他の処置の概要)																																																													
()																																																													

Itemized Receipt 領収明細書

1. Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Date (MO. DA. YR.)	Fee (治療費)
Initial Office Visit (初診料)				
X-Ray Examination (レントゲン検査)				
Dental Pulp Extirpation (抜髄)				
Extraction (抜歯)				
Filling (充填)				
Inlay (インレー)				
Metal Crown (金属冠)				
Post Crown (継続歯)				
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 Other (その他)				
Unit is 貨幣単位 ()			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 病院又は診療所

Phone 電話

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

歯科診療内容明細書翻訳

歯式	
永久歯	乳歯
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 R ————— L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	E D C B A A B C D E R ————— L E D C B A A B C D E
1. 傷病名 (1)う蝕症 (2)欠損 (3)歯槽膿漏 (4)その他 	
2. 症状の概要 ()	
3. 処方、手術その他の処置の概要 ()	

領収明細書翻訳

1. 歯科治療	患歯部位	材料	日付	治療費
初診料				
レントゲン検査				
抜髄				
拔牙				
充填				
インレー				
金属冠				
継続歯				
ジャケット冠				
フリッジ				
有床義歯				
局部義歯				
総義歯				
歯槽膿漏処置				
投薬				
その他				
貨幣単位() 合計				

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話 _____

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	0506 Mental retardation 精神遅滞
0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0507 Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0102 Tuberculosis 結核	VI Diseases of the nervous system 神経系の疾患
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	0601 Parkinson's disease パーキンソン病
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	0602 Alzheimer's disease アルツハイマー病
0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎	0603 Epilepsy てんかん
0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患	0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0107 Mycoses 真菌症	0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0606 Others その他の神経系の疾患
0109 Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	VII Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患
II Neoplasms 新生物	0701 Conjunctivitis 結膜炎
0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0702 Cataract 白内障
0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0703 Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
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	0704 Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	VIII Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0801 Otitis externa 外耳炎
0206 Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0802 Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0207 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0803 Otitis media 中耳炎
0208 Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0804 Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0209 Leukaemia 白血病	0805 Disorders of vestibular function メニエール病
0210 Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0806 Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
0211 Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0807 Other disorders of ear その他の耳疾患
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	IX Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0301 Anaemias 貧血	0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患
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	0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患	0903 Other forms of heart disease その他の心疾患
0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害	0904 Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0402 Diabetes mellitus 糖尿病	0905 Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	0906 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
V Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	0907 Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
0501 Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆	0908 Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
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障害	0909 Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	0910 Haemorrhoids 痔核
0504 Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	0911 Hypotension 低血圧(症)
0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	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炎

1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症	XIV	Diseases of the genitourinary system 尿路性器系の疾患
1004	Pneumonia 肺 炎	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎	1402	Renal failure 腎 不 全
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患
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	1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大(症)
1009	Chronic obstructive pulmonary disease 慢性閉塞性肺疾患	1406	Other diseases of male genital organs その他の男性性器の疾患
1010	Asthma 喘 息	1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害
1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1101	Dental caries う 蝕	1501	Pregnancy with abortive outcome 流 産
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患	1502	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害 *	1503	Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	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
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)	X VII	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1109	Other disorders of liver その他の肝疾患	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1111	Diseases of pancreas 膵 疾 患	X VIII	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
1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	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
X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	X IX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1901	Fracture 骨 折
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格及び結合組織の疾患	1904	Poisoning 中 毒
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
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 腰痛症及び坐骨神経痛		
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害		
1308	Shoulder lesions 肩 の 傷 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		

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

1503番（＊印）は社会保険は適用されません。