

様式第 2 8 号（第 2 0 条関係）

受付者		処理		確認			
本人確認		A・B（1・1・2）					

国民健康保険療養費支給申請書													
記号				療養を受けた 被保険者氏名				続柄					
番号				個人番号									
傷病名				第三者行為 の有無		有・無		届出の有無		有・無			
発病または 負傷年月日		年 月 日		療養期間		年 月 日から 年 月 日まで				日間			
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地				(病院名等)									
				(住所)									
診療又は調剤に従事した医 師、歯科医師又は薬剤師の氏 名													
療養の給付又は 保険外併用療養 費の支給を受け ることができな かった理由				発病の原因				療養につき 算定した費 用の額		円			
				傷病の経過									
				療養の内容									
振込口座	銀行 信用金庫 農協			支店		1. 普通		口座番号					
						2. 当座		フリガナ					
								名義人					

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。

年 月 日

(宛先) 富士見市長

申請者 住所

(世帯主) 氏 名

個人番号 ()

電話番号

様式第28号（第20条関係）

記入例

受付者	処理	確認
本人確認	A・B（1・1・2）	

国民健康保険療養費支給申請書															
記号	F123	療養を受けた 被保険者氏名	富士見 太郎				続 柄			本人					
番号	4567	個 人 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	
傷 病 名	腰椎捻挫		第三者行為 の有無		有 ・ 無		届出の有無			有 ・ 無					
発病または 負傷年月日	令和7年 5月 5日		療養期間		令和7年 5月 5日から 令和7年 5月 10日まで 6日間										
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地			(病院名等) 富士見第一クリニック												
			(住所) 富士見市大字鶴馬1801番地												
診療又は調剤に従事した医 師、歯科医師又は薬剤師の氏 名			富士野 次郎												
療養の給付又は 保険外併用療養 費の支給を受け ることができな かった理由	海外渡航中に急 病により治療を 受けたため		発病の原因		転倒		療養につき 算定した費 用の額			22,969 円					
			傷病の経過		良好										
			療養の内容		整形治療										
振込口座	銀行 埼玉 信用金庫 鶴瀬 支店 農 協		1. 普通 2. 当座		口座番号		1	2	3	1	2	3	4		
					フリガナ		フジミ タロウ								
					名 義 人		富士見 太郎								
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。															
令和7年 8月 1日															
(宛先) 富士見市長															
申請者 住 所 富士見市大字鶴馬1800番地の1															
(世帯主) 氏 名 富士見 太郎															
個人番号 (123456789876)															
電話番号 049-251-2711															

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| 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 National Health Insurance (See the other side of this form) | | |
| 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____ | | |
| | | |
| 3. Date of First Diagnosis : | D / M / Y | / / |
| 初診日 | 日 / 月 / 年 | / / |
| | | |
| 4. Duration of Treatment : | _____ days | |
| 診療日数日 | _____ 日 | |
| | | |
| 5. Type of Treatment | | |
| 治療の分類 | | |
| ☐ Hospitalization : From | _____/_____/_____ | , to _____/_____/_____ (days) |
| 入院 自 | _____/_____/_____ | , 至 _____/_____/_____ (日間) |
| ☐ Out patient or Home Visit : | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 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 _____ 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 _____ | |
| | | |

Form B

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) Operatio	手術費	\$	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	\$	\$
(13) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,I-e,extra charge for a bed.

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

名前	: Last	First	Title
	姓	名	称号

Address : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : Signature

日付 署名

国民健康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ィルス疾患 0105 Viral hepatitis ウィルス肝炎 0106 Other viral diseases その他のウィルス疾患 0107 Mycoses 真菌症 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 0109 Others その他の感染症及び寄生虫症	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傷害 0301 Anemia 貧血 0302 Others その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
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 Leukemia 白血病 0210 Other malignant neoplasms その他の悪性新生物 0211 Others 良性新生物及びその他の新生物	IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders 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 Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 V Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害 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障害 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 神経症性障害、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 Others その他の精神及び行動の障害 VI Diseases of the nervous system 神経系の疾患 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痺性症候群 0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害 0606 Others 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 Others
その他の眼及び付属器の疾患

VII 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 Others
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 forms of heart disease
その他の心疾患
- 0904 Subarachnoid haemorrhage
くも膜下出血
- 0905 Intracerebral haemorrhage
脳内出血
- 0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries
脳梗塞
- 0907 Cerebral atherosclerosis
脳動脈硬化 (症)
- 0908 Other cerebrovascular diseases
その他の脳血管疾患
- 0909 Atherosclerosis
動脈硬化 (症)
- 0910 Hemorrhoids
痔核
- 0911 Hypotension
低血圧症

0912 Others
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
急性鼻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
- 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 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 diseases
慢性閉塞性肺疾患
- 1010 Asthma
喘息
- 1011 Others
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 disease
歯肉炎及び歯周疾患
- 1103 Other diseases of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持機構
- 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
肝硬変 (アルコール性のものを除く)
- 1109 Other diseases 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 Others
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
皮膚及び湿疹

1203 Others
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
炎症性多発性関節障害

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 syndrome
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
肩の障害

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Others
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
乳房及びその他の女性性器の疾患

XV Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Abortion
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠中毒症

1503 Single spontaneous delivery*
単胎自然分娩

1504 Others
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 pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others
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
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 injury and injury to organs
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.
1503番(*印)は国民健康保険は適用されません。

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_____

富士見市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、富士見市の職員又は富士見市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、パスポートを富士見市に提示することも併せて同意します。

To: Fujimi-city

I (patient who has received treatment) ,_____and my head of house hold, _____authorize Fujimi-city 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.

Signature

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.

(日 付) 年 月 日

※ 本同意書の有効期限は署名日から3ヵ月間です。

(Date)	Year	Month	Day
--------	------	-------	-----

* This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.

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.

* Please fill it out about all the underline parts.

記入例

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

- ・治療開始日 2015 年 4 月 1 日
- ・ Starting date of medication Year 2015 Month 4 Day 1

- ・患者

(患者名) 富士見 太郎
(住所) 富士見市鶴瀬北 1-2-3
(生年月日) 1966 年 4 月 1 日

- ・ Patient

(Name of patient) Taro Fujimi
(Address) 1-2-3 Turuse-kita, fujimi-shi
(Date of birth) Year 1966 Month 4 Day 1

富士見市 御中

私（療養を受けた者）、富士見 太郎 と、私の世帯主、富士見 一郎 は、富士見市の職員又は富士見市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、パスポートを富士見市に提示することも併せて同意します。

To: Fujimi-city

I (patient who has received treatment) , Taro Fujimi and my head of house hold, Ichiro Fujimi authorize Fujimi-city 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.

記入例

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) 富士見 太郎 印

(住 所) 富士見市鶴瀬北 1 - 2 - 3

(日 付) 2015 年 4 月 1 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 3 ヶ月間です。

(Signature) Taro Fujimi

(Address) 1-2-3Turuse-kita,Fujimi-shi

(Date) Year 2015 Month 4 Day 1

(Relation to patient) Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 3 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.

※ 下線部全てについて記入してください。

※ Please fill it out about all the underline parts.

国民健康保険海外療養費の支給申請

使いみち	富士見市国民健康保険に加入している方が海外渡航中に治療をうけ、保険給付分の支給を受けるとき (治療目的で渡航した場合は対象となりません)
届出に必要なもの	●国民健康保険療養費支給申請書 ●診療内容明細書 ※ ●領収明細書 ※ ●振込を希望する口座の預金通帳 ●世帯主及び給付を受ける世帯員の個人番号カードまたは通知カード ●パスポート等渡航した事実のわかるもの ●窓口に来られた方の本人確認をするため、運転免許証・パスポートなどをお持ちください。 ●印鑑 ●当該海外治療を担当した医師に照会することに関する同意書 ※印の書類は、受診した海外の医療機関で証明を受ける必要があります。証明を受ける際に「国民健康保険用国際疾病分類表」が必要となりますので、渡航の際は一緒にお持ちください。なお、外国語で作成されている場合には日本語訳文の添付が必要となり、その費用は申請者負担となります。
届出できる方	本人または同一世帯の方が申請できます。 本人に頼まれて代理人が申請するときは、委任状が必要です。
提出先	市役所 1 階保険年金課または各出張所
手数料	手数料はかかりません。
記入上の注意	【制度の内容】 海外療養費は、日本国内での保険医療機関等で給付される場合を標準として支払われます。 日本国内で保険適用となっていない医療行為は給付の対象になりません。 提出された申請書は医療処置が適切であったか審査されますので、申請から支給までに約 3 ヶ月かかります。 支給申請の期限は、その治療費を支払った日の翌日から起算して 2 年間です。
郵送提出の可否	不可
問合せ先	保険年金課健康保険係 049-252-7112 (直通)