被保険者
家　族

療養費支給申請書

被保険者情報				
記号		番号		
氏名		生年月日	昭和 平成	年　月　日
自宅住所	〒　－		電話番号（日中の連絡先） （　　）	
事業所名				

申請内容				
氏名		生年月日	昭和・平成 令和	年　月　日
傷病名				
発病の原因及び経過 （詳しく）	・病気 ⇒ （いつ頃から）　平成・令和　年　月　日　午前・午後　時頃 （どのような症状で） （どうなったか） ・ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。			
医療機関名		住所		
診療の期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間	**診療に要した費用の額**	円	
渡航目的				
療養の給付が受けられなかった理由				
第三者行為による負傷で	ある ・ ない	ある時はその届出	届出済 ・ 未届	
		第三者の氏名	（　　）・ 不明	

同意欄	
	私が申請する当保険給付について、石油製品販売健康保険組合がその支給決定に際する調査の為に、医療機関等の関係機関に照会することを同意致します。 被保険者氏名　　㊞

委任欄	
	本請求金額の受領を　住所 会社　　㊞　に委任する。 令和　年　月　日　被保険者氏名　　㊞

受　付　印

社会保険労務士の提出代行者印	

備考欄	

1 給付金の受領方は原則として事業所振込となっていますので、「委任欄」に署名・捺印をお願い致します。
2 海外で療養を受けた場合、医師の証明・領収書及び添付書類が外国語で作成されている時は、邦訳を添付ください。（翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの）
3 被保険者の印はすべて同一の印で捺印ください。
4 被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
5 添付書類は別紙「療養費支給申請書について」をご確認ください。また別途添付書類をお願いすることがございます。ご理解とご協力の程お願い致します。

石油製品販売健康保険組合

健康保険
負傷原因届

お怪我が原因で受診された場合、必要事項を記載いただき
石油健保まで送付をお願い致します。

被保険者情報

記号		番号	
氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
自宅住所		電話番号(日中の連絡先) (　　)	
事業所名		所在地	

負傷した方

氏名		被保険者との続柄	
傷病名 (負傷した部位)		負傷日時	平成 令和　　年　　月　　日　　時頃
負傷した時間帯 (　状況　)	勤務時間中 ・ 勤務日の休憩中 ・ 出張中 ・ 私用中 ・ その他(　　) 通勤途中 (　出勤 ・ 退勤　) ⇒ (　寄り道等有 ・ 寄り道等無し　)		
負傷場所	会社内 ・ 路上 ・ 駅構内 ・ 自宅 ・ その他(　　)		
該当するものはありますか。	交通事故 ・ 暴力(ケンカ) ・ スポーツ中(　職場行事 ・ 職場行事以外　) 動物による負傷 (　飼い主　有 ・ 無　)　・　該当なし		
負傷した時の状況を具体的にご記入下さい。			

令和　　年　　月　　日、上記のとおり届出いたします。

受　　付　　印

※交通事故や相手がいる場合は、別途届出が必要となりますので、
石油健保・給付課(03-3265-3306)までご連絡ください。

石油製品販売健康保険組合

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

Form A

様式A

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____ Age(Date of birth) 年齢(生年月日) ____ . ____ . ____ Sex 性別 (Male ・ Female)

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
   傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号
   _____ (No.)

3. Date of first Diagnosis
   初診日 ____ . ____ . ____

4. Days of Diagnosis and Treatment
   診療日数 _____ days

5. Type of Treatment
   治療の分類

   ☐ Hospitalization 入院 From / / to / / (days)
   自 / / 至 / / (日間)

   ☐ Outpatient 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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
   医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician
    担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	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 _____

様式A　邦訳

2．傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6．症状の概要

7．処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名　㊞

電話

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

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	職業看護師費	$
(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	$

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address 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 _____

様式B　邦訳

⑽ 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

⑾ 医薬費の内訳(薬の名称、量)

⒂ 特記事項

翻訳者

住所

氏名　　㊞

電話

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Form C
様式C

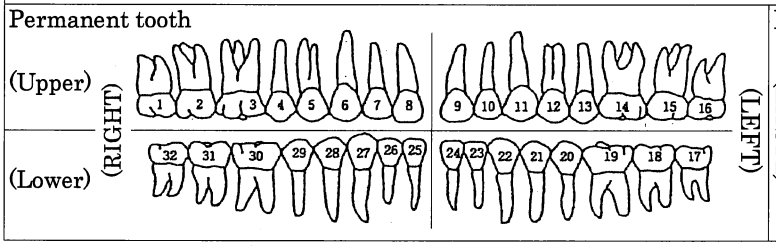
Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____ Age(Date of birth) 年齢(生年月日) ___ . ___ . ___ Sex (Male・Female) 性別

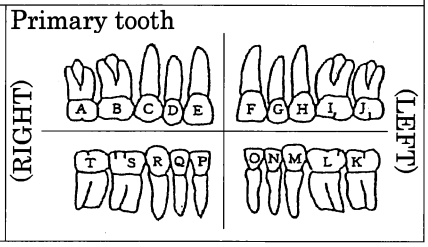
2. Date of first Diagnosis 初診日 ___ . ___ . ___

3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

Permanent tooth



Primary tooth



Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date MO.	DA.	YR.	Fee 治療費
Iinitial Office Visit 初診料					
X －Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充塡					
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 Others その他					
				Total 合計	

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

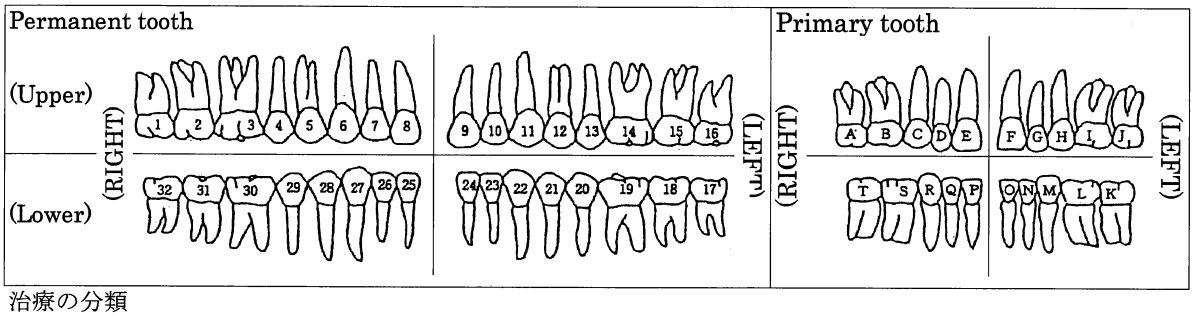
Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

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 _____

様式C　邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充塡					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
				合計	

翻訳者

住所

氏名　㊞

電話

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
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 Other infectious and parasitic diseases
その他の感染症及び寄生虫症

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 Leukaemia
白血病

0210 Other Malignant neoplasms
その他の悪性新生物

0211 Other benign neoplasms and other neoplasms
良性新生物及びその他の新生物

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 Anaemias
貧血

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傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases
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 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism
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
統合失調症、統合失調症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
知的障害(精神遅滞)

0507 Other psychoses and disorders of action
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 Other diseases of the eye and adnexa
その他の眼及び付属器の疾患

Ⅷ 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 extarnal 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 Other disorders of ear
その他の耳疾患

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

0901 Hypertensive diseases
高血圧性の疾患

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 hemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage
脳内出血

0906 Occulusion of precerebral and Cerebral arteries
脳梗塞

0907 Cerebral arteriosclerosis
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 Haemorrhoids
痔核

0911 Hypotension
低血圧症

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](感冒)

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 Vasomotor and 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 Other diseases of respiratory system
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 diseases
歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other disorders of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持組織の障害

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 disorders 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 Other diseases of digestive system
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
頚腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

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

XIV Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

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
その他の男性生殖器の疾患

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生殖器の疾患

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

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

※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 damage and internal organ damage
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
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.
1503番 (※印)は健康保険は適用されません。

～　加入者の皆様へ　～

1　海外療養費について

海外旅行中、赴任中に病気やケガなどによりやむを得ず現地の医療機関で診療等を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

支給対象となるのは、**日本国内で診療を受けた場合に、健康保険の適用が受けられる治療等に限られ**、下記の場合を除きます。

【支給対象とならないもの】

療養（治療）を目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は、支給対象となりません。日本で実施できない診療（治療）を行った場合でも、保険給付の対象とはなりません。

海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られます。そのため、美容整形やインプラントなど、日本国内で保険適用となっていない治療行為や薬が使用された場合は、給付の対象にはなりません。

2　支給金額について

日本国内の医療機関等で、同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担限度額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。

※日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った医療費の総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給額が大幅に少なくなることがあります。

なお、外貨で支払われた医療費については、支給決定を行う日の外国為替換算率（売りレート）により円に換算し、支給額を決定します。

3　申請手続きについて

【申請手続きに必要な書類】

・療養費支給申請書
・同意書（療養費支給申請書に同意書欄あり）
・渡航期間のわかるパスポートの写
・様式Ａ（診療内容明細書）及び様式Ｂ（領収明細書）
　歯科診療の場合は、様式Ｃ（歯科診療内容明細書）及び様式Ｂ（領収明細書）
・領収書原本
・医療機関から発行されている診療に関わる書類すべて（邦訳添付ください）

※様式Ａ、Ｂ、Ｃ及び領収書など外国語で記載されているものはすべて別紙で邦訳を作成し、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載してください。

※様式Ａ、Ｂ、Ｃともに、各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに１枚ずつ証明してもらってください。

※請求書は必要な書類とあわせて、事業主様経由で石油健保まで送付をお願い致します。

※様式Ａ～Ｃは審査を行うにあたりとても重要な書類のため、証明していただく海外の医療機関には、できるだけ詳細に証明していただくようお願いしてください。特に、様式Ａの傷病名や疾病分類番号、様式Ｂの通貨単位は、必ず記載してください。

4　申請期限について

海外での医療費の支払をした日の翌日から 2 年を経過すると、時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。

5　お願い

海外療養費の審査には、被保険者や医療機関等に照会することがありますので、時間がかかる場合があります。

療養費の支給は会社様経由での給付となります。療養費支給請求書の委任欄に被保険者様の署名・押印を必ずご記入ください。海外への直接送金はできません。

保険給付をおこなうにあたり、申請手続きに必要な書類に記載している添付書類の他に添付書類の提出をお願いする場合がございます。

ご理解とご協力をお願い致します。