

被保険者
家 族

海外療養費支給申請書

(海外出張者・海外旅行者 用)

令和 年 月 日

(歯科)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号				
	被保険者氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	所 属	事業所名 <input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続					
	渡航国名			渡航目的			
	渡航期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで				
	診療期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	・ 継続中			
	傷病名 (日本語で記入)						
	発病又は負傷の原因 及びその経過						
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日					
	総診療費 (領収書のとおり)	通貨単位 ()					
	月 別 費 用 明 細	年 月分		年 月分		年 月分	
		年 月分		年 月分		年 月分	
	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外 → (○をつける)					
	入院した期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで				
	第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ → (○をつける)					
※ 被扶養者(家族)が受診した場合							
受診者氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄		
※ 退職後の申請の場合 <<特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座に入金します>>							
入社年月日	昭・平・令 年 月 日	退職年月日	平・令 年 月 日				
フリガナ		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ			
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名義			
備考							

〔添付書類〕
1. 領収書(原本) 2. 2ページ目「診療内容明細書」に医師の証明を受ける
3. パスポート・航空券等のコピー 4. 同意書
1. 国内より高度な治療を受けたい、などという「治療を目的」として海外で診療を受けた場合は、支給対象外となります。
2. 海外旅行中などで、直ちに海外の病院にいかなくてはならないやむを得ない理由もなく、帰国後治療が可能なものに対しては海外療養費は支給されません。
3. 健保へ申請したあとの領収書(原本)は返却できませんのでご注意ください。
4. 発病又は負傷の原因が業務上、又は通勤途中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から海外療養費は支給されません。

健 保 記 入 欄	支給額	¥	支給決定日		令和 年 月 日
	換算レート		支給決定 並びに 支出決議	常務理事	担当者

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者 受付印

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M 男 F 女
Date of Services 受診日 From _____ to _____ Total 合計 _____ Visits 回 _____

Permanent Tooth 永久歯		Tooth Number 歯式		Milky Tooth 乳歯	
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16	#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J		
R 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	L	
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17	#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K		

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____	8 Filling Amal. 1 surf. _____		_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム 2 surf. _____		_____
Periapical 標準型 ×		_____	3 surf. _____		_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	Comp. 1 surf. _____		_____
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	複合 2 surf. _____		_____
The kind of medicine 薬剤の種類 Total _____		_____	レジン 3 surf. _____		_____
1. _____		_____	面 _____		_____
2. _____		_____	9 Inlay / Onlay _____		_____
3. _____		_____	インレー ・ オンレー _____		_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去 _____		_____	10 Amal./ Comp. Build-up _____		_____
Fluoride フッ化物塗布 _____		_____	充填物による支台築造 _____		_____
5 Root Planing _____		_____	Post & Core _____		_____
スクレーピング・ルートプレーニング _____		_____	メタルコア _____		_____
Gingival Curettage _____		_____	11 Crown 冠 _____		_____
歯周ポケット搔爬 _____		_____	Porcelain/Gold ポーセレン・金 _____		_____
Perio-operation _____		_____	Silver Alloy 銀合金 _____		_____
歯周外科手術 _____		_____	Other その他 _____		_____
6 Extraction 拔牙 _____		_____	12 Bridge Work ブリッジ _____		_____
Other Operation _____		_____	Abutment 支台歯 _____		_____
その他の手術 _____		_____	Pontic ボンティック _____		_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩 _____		_____	13 Denture 有床義歯 _____		_____
Pulpotomy 歯髄切断 _____		_____	Repair 義歯修理 _____		_____
Root Canal Therapy 根管治療 _____		_____	14 Other (specify) その他 _____		_____
1 canal _____		_____	_____		_____
2 canal _____		_____	Medical Certificate 診断書 _____		_____
3 canal _____		_____			_____
根管 _____		_____			_____

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date 日付 _____ Dentist's Signature 医師の署名 _____

調査に関わる同意書 (Agreement of Authorization)

・ 治療開始日 (Starting date of medication)	_____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)
・ 患者名 (Name of Patient)	_____
・ 住所 (Address)	_____
・ 生年月日 (Date of birth)	_____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)

三菱電機健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、_____は、三菱電機健康保険組合の職員又は三菱電機健康保険組合が委託した事業所が、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、パスポートを三菱電機健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Mitsubishi Electric Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Mitsubishi Electric 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 the 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・押印欄 (Signature)

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者 (本人が未成年の場合)、成年後见人 (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 (Signature)	_____ Ⓜ
・ 住所 (Address)	_____
・ 日付 (Date)	_____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)
・ 患者との関係 (Relation to the insured) :	本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other(_____)

※本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires six 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.