被保険者	海外療養費支給申請書
家 族	两外源食其 义和中明音

(₺	插科)		(海	外出張者	・海外旅	行者 用)		令和 6	年 12	月 1 F
	被保険者等 記号・番号	記号	1 1	0	番号	1 2	3 4	5 6	7	
	被保険者氏名	Ξ	菱 一郎			生年月日	略	5 平	5 年 9	月 18日
	所 属	事業所名 ★ 三菱	電機(株)	本社 人	事部	□ 特例	退職	□ 1	 壬意継続	
	渡航国名		タイ		渡	E 航目的		出	張	
波	渡航期間	令和 6	年 11	<u>月</u> 1 日	から 令和	6 年 1 1	月 1	0 日まで		
今	回申請する分の診療	を受けた期間を	を記入する							
呆	診療期間	令和	6年 11	月 6 日	から 令和		11 □ 名がわか	Oロセグ いらない場合		
	傷病名 (日本語で記入)				虫		_			
倹	発病又は負傷の原因 及びその経過 _	11月5日の食	事中に奥	歯の冠が	取れてしま	った。翌日、 った後、冠を	冠を付	けてもらま	うと病院 ノ結果点	へ行った
	出来るだけ詳しく記	入する	本国在 无		9/D7駅で1J	7/2184 / 113/2	TIX LE C	ひらうに。	/ 帕未及	×ī
	発病又は負傷の年月日	令和	6 年	11 月	5	添付した	に領収書	の総額を証	己入する	
者	総診療費 (領収書のとおり) 8,000 通貨単位 (バーツ)									
	月別費用明細	年 月分			年 月分			年月	分	
己	97 和	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	入院した期間	令和	年	月	日か	ら令和	年	月	日	まで
闌	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			受診者が	家族の場合	m、w、A 、記入する	• д	月	続 柄	
Ī	※ 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。	コ座に入金	:します>>
Î	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	□普通 □	□当座	フリガナ		
	金融機関名	銀行		支店	口座番号			名 義		
	備考									

健保		¥		支給決定	日	令	和	年	月	日
記入欄	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

24 - 12

[注意事項] 4 3 2 1 ・発病又は負傷の原因が

【原本】は返却できませんのでご注意ください。
・健保へ申請したあとの

【原本】は返却できませんのでご注意ください。
・海外旅行中などで、直ちに海外の病院にかから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。・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。

全項目、医師の記入が必要です。本人が記入してはいけません。 This form is used for claiming the health insurance benefit この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。 ATTENDING DENTIST'S STATEMENT 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 Date of Services		Date of I 生年月	年月日 性別 男				
	From 受診日	を記入してもらう			合計	Visits 🗉	
R #1 #2 #3 #4 #5 #6 8 7 6 5 4 3 8 7 6 5 4 3 #32#31#30#29#28#2	2 1 1 2 3 2 1 1 2 3 4 5 7#26#25 #24#23#22#21#20	歯式を記入 も 7 8 #19#18#17	してもらう	Milky To	#F #G #H #A B C D A B C D #O #N #M #I	E L E #K	
Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Service 診療内		Tooth No. 歯式	Fee 料金	
1 Examination 診察 2 X-ray Bite-wings レントケン Periapical Panoramic 3 Medication 投薬		酛	8 Filling 充填	Amal. 1 sur 7マルガ・ム 2 sur 2 sur 後合 vy y 2 sur	f.		
The kind of medic:		a1	9 Inlay /	3 sur 面 Onlay アンレー	f		
4 Prophylaxis, Clean Fluoride フッ化物資 5 Root Planing スケーリング・ルートプ レーニング	· 查布		充填物に Post & C メタルコア 11 Crown	冠			
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬 Perio-operation 歯周外科手術 6 Extraction 抜歯	•		Silver of ther	in/Gold ポーセレン・ュ Alloy 銀合金 その他	金		
Other Operation その他の手術 7 Pulp Cap 歯髄覆罩			Abutmen	Work プリッジ t 支台歯 _ ポンティック _			
Pulpotomy 歯髄切り Root Canal Therapy 1 ca 2 ca	y 根管治療 nalnal			有床義歯 _ 義歯修理 _ pecify) その他 _ -			
	管 entist / Office 又は 医院の名称及び所在		Medical	Certificate 診断 Total Fee 合計		<mark>に同じ</mark>	
ゴム月]でも手書きでも構いませ	<i>h</i>					
Date 医師の証明日	Dentist's Signature 医師の署名	医師のサ	イン	<u>.</u> 		06-12	