

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)

保険証を見て記入する

令和 1 年 6 月 1 日

(歯科)

被保険者証 記号・番号	記号	1 1 0	番号	1 2 3 4 5 6 7	
被保険者氏名	三菱 一郎		生年月日	昭平・令	55 年 9 月 18 日
所 属	事業所名	<input checked="" type="checkbox"/> 三菱電機(株) 本社 人事部		<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続	
渡航国名	タイ		渡航目的	出張	
渡航期間	令和 1 年 5 月 1 日から 令和 1 年 5 月 10 日まで				
診療期間	令和 1 年 5 月 6 日から 令和 1 年 5 月 0 日まで、継続中				
傷病名 (日本語で記入)	虫 歯				
発病又は負傷の原因 及びその経過	5月5日の食事中に奥歯の冠が取れてしまった。翌日、冠を付けてもらおうと病院へ行ったら、虫歯を発見し、虫歯治療を行った後、冠を被せてもらった。/結果良好				
発病又は負傷の年月日	令和 1 年 5 月 5 日		添付した領収書の総額を記入する		
総診療費 (領収書のとおり)	8,000		通貨単位 (パーツ)		
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 ・ <u>いいえ</u> → (○をつける)				
※ 被扶養者(家族)が受診した場合					
受診者氏名	昭平・令			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					

もれのないように必要事項を記入してください

「添付書類」
「注意事項」
1. 領収書(原本) 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、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かかろうと治療を受けた場合は、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. 健保又は負傷の原因が業
4. 発病又は負傷したあとの領
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	担当者

本紙に記載された個人情報、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

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。

記入見本

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 Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M F
 Date of Services 受診日 From _____ **受診日を記入してもらおう** Total 合計 _____ Visits 回 _____

Tooth Number 歯式																										
Permanent Tooth 永久歯								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	歯式を記入してもらおう				C	B	A	A	B	C	D	E	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
	#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. 充填 アマルガム		
2 X-ray Bite-wings レントゲン 咬翼型 <input checked="" type="checkbox"/>			2 surf.		
Periapical 標準型 <input checked="" type="checkbox"/>			3 surf.		
Panoramic パノラマ撮影			Comp. 複合 2 surf.		
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			3 surf.		
The kind of medicine 薬剤の種類 Total _____			面		
1. _____			9 Inlay / Onlay インレー・アンレー		
2. _____			10 Amal./ Comp. Build-up 充填物による支台築造		
3. _____			Post & Core メタルコア		
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去			11 Crown 冠		
Fluoride フッ化物塗布			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
5 Root Planing スケーリング・ルートプレーニング			Silver Alloy 銀合金		
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬			Other その他		
Perio-operation 歯周外科手術			12 Bridge Work ブリッジ		
6 Extraction 拔牙			Abutment 支台歯		
Other Operation その他の手術			Pontic ポンティック		
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 _____			Medical Certificate 診断書		
2 canal _____					
3 canal _____					
根管					

医師記入様式

薬が処方されていたら、
薬剤名も記入してもらおう

全ての項目において、もれのないように医師に記入してもらおう

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 _____
ゴム印でも手書きでも構いません

Total Fee 合計 **領収書の合計と同じ**

Date 日付 **医師の証明日** Dentist's Signature 医師の署名 **医師のサイン**