本社　人統括・HRX・事務セ・海外給与G → 三菱電機健康保険組合　行

被保険者
家　族

海外療養費支給申請書

（海外勤務者・海外研修生 用）

米 国

（歯科）　　令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号(注1)	記号				番号								
	氏　　名						生年月日	昭・平 年　　月　　日						
	海外拠点名													
	居住国名													
	傷病名 （日本語で記入）													
	診療期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで ／ 継続中												
	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	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 （○をつける）	入院　・　入院外				入院した期間		年　　月　　日から 年　　月　　日まで						
	傷 病 原 因 （○をつける）	1. 交通事故（第三者行為・自損）　2. 第三者行為　3. その他												
	該当被扶養者(家族) 氏　　名					生 年 月 日			続　柄					
						昭・平・令 年　　月　　日								
	備　　考													

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	

［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. 調査に関わる同意書

［注意事項］1. 被保険者等記号は三菱電機㈱「110」、番号は「社員番号」を記入してください。
2. 本申請書に記入した該当家族が、扶養手当の対象外である場合は[　]内に○印を付けてください。→ [　　]
扶養手当の対象外である場合、海外療養費は健保から本人国内給与に払い戻されます。経費計上は行わないでください。

事務セ担当者 受付印

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。

24-12

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 男 ☐F 女

Date of Services 受診日 From _____ to _____ Total 合計 _____ Visits 回

Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	

Milky Tooth 乳歯

	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____
2 X-ray レントゲン Bite-wings 咬翼型 ×		_____
Periapical 標準型 ×		_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____
3 Medication 投薬 ☐ yes ☐ no		
The kind of medicine 薬剤の種類 Total		_____
1.		_____
2.		_____
3.		_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____
Fluoride フッ化物塗布		_____
5 Root Planing スケーリング・ルートプレーニング	_____	_____
	_____	_____
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬	_____	_____
Perio-operation 歯周外科手術	_____	_____
6 Extraction 抜歯	_____	_____
Other Operation その他の手術	_____	_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療		
1 canal	_____	_____
2 canal	_____	_____
3 canal 根管	_____	_____

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
8 Filling 充填 Amal. アマルガム	1 surf. _____	_____
	2 surf. _____	_____
	3 surf. _____	_____
Comp. 複合 レジン	1 surf. _____	_____
	2 surf. _____	_____
	3 surf. 面 _____	_____
9 Inlay / Onlay インレー・アンレー	_____	_____
10 Amal. / Comp. Build-up 充填物による支台築造	_____	_____
Post & Core メタルコア	_____	_____
11 Crown 冠		
Porcelain/Gold ポーセレン・金	_____	_____
Silver Alloy 銀合金	_____	_____
Other その他	_____	_____
	_____	_____
12 Bridge Work ブリッジ		
Abutment 支台歯	_____	_____
Pontic ポンティック	_____	_____
13 Denture 有床義歯	_____	_____
Repair 義歯修理	_____	_____
14 Other(specify) その他	_____	_____
	_____	_____
Medical Certificate 診断書		_____

Total Fee 合計

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

_____

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

06-12

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(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ヵ月間です。

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.