

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

米 国

(歯科)

(海外勤務者・海外研修生 用)

令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号(注1)	記号				番号							
	氏 名					生年月日	昭・平・令			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	
		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. 被保険者証の記号は三菱電機欄「110」、番号は「マンナンバー」を記入してください。

(※記号・番号は保険証を必ず確認してご記入ください。)

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

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 _____ 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 充填	Amal. アマルガム	1 surf. _____
2 X-ray Bite-wings レントゲン 咬翼型	×	_____			2 surf. _____
	Periapical 標準型	×			3 surf. _____
	Panoramic パノラマ断層撮影	_____		Comp. 複合	1 surf. _____
3 Medication 投薬	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	_____		レジソ	2 surf. _____
The kind of medicine 薬剤の種類	Total	_____			3 surf. _____
1. _____				面	_____
2. _____			9 Inlay / Onlay	インレー・オンレー	_____
3. _____					_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	10 Amal./ Comp. Build-up	充填物による支台築造	_____
	Fluoride フッ化物塗布	_____		Post & Core	_____
5 Root Planing		_____		メタルコア	_____
スケリング・ルートプレーニング		_____	11 Crown 冠		_____
	Gingival Curettage	_____		Porcelain/Gold ホーセレン・金	_____
	歯周ポケット掻爬	_____		Silver Alloy 銀合金	_____
	Perio-operation	_____		Other その他	_____
	歯周外科手術	_____			_____
6 Extraction		_____	12 Bridge Work ブリッジ		_____
拔牙		_____		Abutment 支台歯	_____
	Other Operation	_____		Pontic ボンティック	_____
	その他の手術	_____			_____
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	_____			_____
	1 canal	_____	14 Other(specify) その他		_____
	2 canal	_____			_____
	3 canal	_____			_____
	根管	_____		Medical Certificate 診断書	_____

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)	_____ ④
・ 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.