

本社 人・国人G (MDライフ・東・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 1 年 6 月 1 日

もれないように必要事項を記入してください

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号(注1)	記号	1	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	
	氏 名	三菱 次郎					生年月日	昭平・令 50 年 11 月 7 日						
	海外拠点名	MEUS-CYP												
	居住国名	アメリカ												
	傷病名 (日本語で記入)	虫 歯												
	診療期間	今回申請する分の診療を受けた期間を記入する 1 年 5 月 2 日から 1 年 5 月 10 日まで / 継続中												
	発病又は負傷の原因 及びその経過	5月1日の食事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ところ、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 出来るだけ詳しく記入する												
記 入 欄	発病又は負傷の 年月日	1 年 5 月 1 日					総診療費 (領収書のとおり)	250 通貨単位 (USD)						
	月別費用 明細	添付した領収書の総額を記入する												
	入院・入院外の別 (○をつける)	入院 ・ 入院外					入院した期間	継続して数ヶ月間治療を受けている場合のみ記入する						
	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	三菱 恵子					昭平・令	52 年 3 月 10 日 妻							
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「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

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

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

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

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 咬翼型レントゲン	×			2 surf.	
Periapical 標準型	×			3 surf.	
Panoramic パノラマ撮影			Comp. 複合	surf.	
3 Medication 投薬	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		リン	2 surf.	
The kind of medicine 薬剤の種類	Total			3 surf.	
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 抜歯			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					

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**