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

令和 6 年 12 月 1 日

(歯科)

もれのないように必要事項を記入してください

被 保 険 者	被保険者等 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 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 6年 11月 2日から 6年 11月 10日まで / 継続中												
	発病又は負傷の原因 及びその経過	11月1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												
記 入 欄	総診療費 (領収書のとおり)	出来るだけ詳しく記入する 0 年 11 月 1 日										通貨単位 (USD)	250	
	月別費用 明 細	年 月分	年	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	年 月 日から	年 月 日まで	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	受診者が家族の場合、記入する 三菱 恵子										続 柄	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株「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

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 M F 性別 男 女
 Date of Services 受診日 From _____ Total 合計 _____ Visits 回 _____

受診日を記入してもらう

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	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									

歯式を記入してもらう

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う

医師記入様式

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.
	標準型 ×				3 surf.
	パノラマ断層撮影			Comp. 複合	surf.
3 Medication 投薬	☐ yes ☐ 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 フリッジ		
6 Extraction 拔牙			Abutment	支台歯	
Other Operation その他の手術			Pontic	ボンティック	
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					

薬が処方されていたら、薬剤名も記入してもらう

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