

被保険者 家族 海外療養費 支給申請書 (歯科) 1/2

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名 (自署)	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	住所	(〒 -)					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)		令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	(〒 -)	TEL ()	委任者と代理人との関係			
	住所			(個人代理人の印) <input type="text"/> 印			
	氏名・印			事業主			

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/> 左づめで記入 (7桁)
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入ください)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

以下の書類を添付してください(必須書類)

- 診療内容明細書(様式A・様式Aの邦訳)※邦訳は申請者記入可
- 領収明細書(様式C)
- 同意書 ※具体的な診療内容について診療等を受けた医療機関に照会する必要があるため同意書を添付ください
- 領収書(原本)
- 私的な渡航中の療養費を申請する場合、パスポートの顔写真ページおよび入出国日が分かるページの写しを添付する(海外赴任者は不要)

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 （詳しく）	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ （原因および経過）		
	5 診療を受けた医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
	7 療養に要した費用の額	_____ ()通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)		
8 診療の内容				
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 <input type="checkbox"/> 海外赴任(家族帯同含む)のため [その他の理由] ・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由 ※治療目的での渡航の場合は海外療養費の申請はできません [<input type="checkbox"/> 出張中のため <input type="checkbox"/> その他 :]			

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日提出

2. 傷病名

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所(国名)

氏名(自署)

RECEIPT (DENTAL)
領収明細書(歯科)

Request to Attending physician

担当医へお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.

この様式は健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、署名してください。

3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Separate receipt required for prescriptions.

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

(疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

Identify examined teeth : (該当する部位を で囲み病名をつける)

- Cavity (C) (虫歯)
- missing teeth (F) (欠歯)
- stomatitis (G) (口内炎)
- Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)
- extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日) _____

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)

Office Visit Fees (診断料) _____

Examination Fees (検査料) _____

X-Ray Fee (レントゲン) _____

Other (その他) _____

Currency paid
(支払通貨)

Services (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

• Filling (充てん)

• Inlaying (インレー又はアンレー)

• Capping (metal) (金属冠)

• Jacket capping (ジャケット冠)

• Capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

• Bridge (ブリッジ)

• Partial artificial teeth (局部義歯)

• Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Total (計)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付)

同意書 (Agreement of Authorization)

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

【 署名欄 】

東洋製罐健康保険組合 殿

署名日： _____ 年 月 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄 ※お子さんの場合は親権者が記入してください。

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

住所： _____

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

●被保険者（成年後見人・法定相続人）の署名欄

氏名： _____

※療養を受けた者(患者)と同じ場合には、「同上」と記入してください。

住所： _____