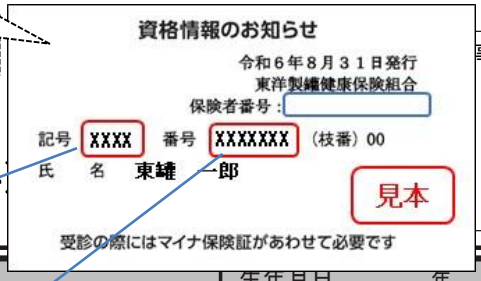
マイナポータル(https://myna.go.jp/)にログインし
「証明書」からも情報を確認できます



事業所 受付印

【記入見本 歯科】

被保険者 家 族 海外療養費 支給申請書（歯科）

被保険者（申請者）情報

被保険者（右づめ）	記号 X X X X / 番号 X X X X X	生年月日 □昭和 ■平成 YY 年 MM月 DD 日
氏 名 (自 署)	（フリガナ）トウカン イチロウ / （自 署）東罐 一郎	被保険者（申請者）本人が自分の氏名を自筆で手書きしてください
住所	（〒 ー ） XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX （居住している住所）	
電話番号（日中の連絡先）	TEL XXX（XXXX）XXXX	

「被保険者」とは
役員･従業員･アルバイト等の本人のこと

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	☑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☑） 令和 XX 年 XX 月 XX 日 / （自 署）東罐 一郎 申請者本人が自分の氏名を自筆で手書きしてください	
代理人（口座名義人）	給付金を給与振込にて受けとるための委任欄です（任意継続、資格喪失の方は記入不要）	委任者と代理人との関係：事業主

注）任意継続、資格喪失の方のみ、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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	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	被保険者

各書類を医師に記入してもらい
日本語訳も忘れずに記入ください

「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場合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

【記入見本　歯科】

被保険者 家族 海外療養費 支給申請書（歯科）　2/2

「被保険者」とは
　役員･従業員･アルバイト等の本人のこと
「被扶養者」とは
　被保険者に扶養されている家族のこと

被保険者氏名･自署	東罐　一郎

申請内容

1　受診者	X　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	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日
2　傷病名	例）虫歯（う蝕）　※医師に確認して記入	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）	X　1. 病気　2. ケガ	（原因および経過）	例） ･歯痛（虫歯） ･歯痛で抜歯しブリッジを施した

5　診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
国名	○○デンタルクリニック	××州××市	Dr. zzzzzzzzz
タイ国	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 XXXXXX から 年 月 日 XXXXXX まで	日数	XX 日
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 から 年 月 日 まで	日数	日
7　療養に要した費用の額	XXXXXX（ バーツ ）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	例）根管治療		

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。

□ 1. はい

☑ 2. いいえ

海外在住の理由　☑海外赴任（家族帯同含む）のため

その他の理由　●●●社赴任中

・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

□出張中のため　□その他：

以上のとおり申請します。　令和 XX年 XX月 XX日提出

東洋製罐健康保険組合

下記の添付書類4点と領収書（原本）を必ず申請書に添付してください。

添付書類の「様式A」と「様式C」は医師が記入

「様式A」を添付

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1．Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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、かつ署名してください。
for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診　療　内　容　明　細　書

Form A
様式A

1．Name of Patient(Last, First)　Age(Date of birth)　Sex　（Male ・ Female）
患者名　年齢(生

「様式A」の邦訳 を添付

2．Name of Illness or Injury preferably with th　of Diseases
for the use of Health Insurance. (Please refe
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号
（No　）

3．Date of first Diagnosis
初診日

様式A　邦訳　※邦訳は申請者記入可

2. 傷病名

6. 病状の概要

「様式C」を添付

Form C
様式C

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

V IV III II I	I II III IV
V IV III II I	I II III V

Identify examined teeth：（該当する部位を
・Cavity（C）（虫歯）
・Phrrhes alveolaris（P）（歯槽膿漏）

「同意書」を添付

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。

「被保険者」とは
　役員･従業員･アルバイト等の本人のこと
「被扶養者」とは
　被保険者に扶養されている家族のこと