

海外療養費支給申請添付書類様式

海外療養費は海外の医療機関で実際にかかった費用の組合負担分（7～9割）が償還される訳ではなく、国内における保険診療の範囲内（支払った費用がこれを下回った場合は、実際にかかった費用の組合負担分）で支給決定されます。

※ 海外旅行保険等、個人で保険に加入されることをお勧めいたします。

（保険に加入されていても海外療養費は支給されます。）

※ 治療を目的として国外へ行った場合は、海外療養費の対象となりません。

被保険者の皆さんへ

- 1、償還手続きに必要な書類は療養費支給申請書と領収書（原本）と様式Aです。様式Aは担当の医師に証明を受けてください。
- 2、(1) 受診者 (2) 受診月 (3) 医療機関 (4) 入院・外来それぞれ一枚ずつ証明を受けてください。
例：4月に外来患者として通院し、途中で入院、5月半ばに退院した人は、外来分1枚、入院分2枚が必要となります。
- 3、様式Aの2、6および7については裏面に翻訳を付し、訳者の住所・氏名をご記入ください。
- 4、海外から申請する時は事業主（国内に残った家族も可）を経由してください。
- 5、当健康保険組合から直接海外へ送金はいたしません。被保険者以外（事業主等）が受け取る場合は委任状欄にご記入ください。
- 6、償還の請求期限は医師又は病院等に費用の支払をした日の翌日から2年です。

〔組合記入欄〕

支給額		拾万	万	千	百	拾	円												
※支給 決議書	法定		拾万	万	千	百	拾	円	資	得	年	月	日	療	始	年	月	日	日
	付加								費	喪	年	月	日	終	年	月	日	日	
	疾病別 点数による	一日当たりの基準額 円 (疾病分類)																	
支払い 金額による	換算レート 年 月 日 = 円																		

健康保険 被保険者 家族 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回日)
第二家族療養費

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号			② 事業所の名 称と所在地	名 称 所在地			
	③ 傷 病 名					④ 発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑤ 発病又は 負傷の原因							
	⑥ 傷病の経過							
	⑦ 診療を受けた 病 医 院 等	(ア) 名 称			(イ) 診 療 し た 医 師 氏 名			
		(ウ) 所 在 地						
	⑧ 診療の内容							
	⑨ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自	年	月	日	入院・ 入院外の別	入院の場合は入院期間	⑩ 診療に要した費用の額
		至	年	月	日	日 間	自 平成 年 月 日 □ 入院 日 □ 入院外 至 平成 年 月 日	金 円也
	⑪ 療養の給付を 受けることがで きなかつた理由							
	⑫ 他の制度により自己負担 相当額またはその一部の 支給をうけられるか	<input type="checkbox"/>	1:いいえ	<input type="checkbox"/>	2:はい	(制度名) (費用徴収の □有・□無) (助成金額 円)		
	⑬ 第三者の行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/>	1:いいえ	<input type="checkbox"/>	2:はい			
	⑭ 療養が被扶養者に関するときは その者の	(ア) の 氏 名			(イ) 生年月日	昭・平 年 月 日 生	被保険者 との続柄	
上記のとおり申請いたします。					平成 年 月 日			
被保険者の住所					〒 - TEL ()			
被保険者の (申請者) 氏 名								

受 取 金 融 機 関 の 欄	銀行コード	
	銀行名	
	店番号	
	支店名	
	種 類	普通・当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

委 任 状	上記請求金額の受領を (印) に委任します。
	平成 年 月 日
	被保険者氏名 (印)

個人振込を希望される場合は、被保険者の
口座をご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の
記号番号を記入してください。

／ 受付日付印 \

【記入上の注意】

1. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、⑦⑧⑨⑩は、そのように読みかえて記入してください。
2. 被保険者の印は、被保険者自らが署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。
ただし、受取代理人を定める場合には、当該欄内の押印が必要となります。

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
3. Please specify material, for items marked ※.
※印の項目については材質も明記して下さい。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書（歯科）

Form A
様式A

1. Name of Patient (Last, First) _____ Age(Date of Birth) _____ Sex(Male·Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
2. Date of First Diagnosis : ____ / ____ / ____ Days of Diagnosis and Treatment : ____ / ____ / ____ days
初診日 診療日数 日間

3. Tooth Number 歯式

Permanent Tooth

#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8

#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16

Milky Tooth 乳歯

#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 L

R E D 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

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 診療			Comp. 複合レジン 1.Serf		
(2) X-ray レントゲン診断			2.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3.Serf		
Periapical 標準型 ×			※Other(Material)		
Panoramic パノラマ ×			その他 _____		
Models スタディモデル			※(9) Inlay/Onlay(Material)		
(3) Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			インレーアンレー _____		
(4) Prophylaxies/Scaling 歯垢 ← 歯垢除去			(10) Amal./Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア		
(5) Extraction 抜歯			※Other(Material)		
(6) Perio-dental Scaling /Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			その他 _____		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			(11) Crown 冠		
(7) Pulp Cap 歯髄覆			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Silver alloy 銀合金		
Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管			※Other(Material)		
2 canal			その他 _____		
3 canal			(12) Bridge Work ブリッジ		
(8) Filling 充填			Abut (Material)		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			支台歯		
2.Serf			Pontic (Material)		
3.Serf			ダミー		
			※(13) Plate Denture(Material)		
			有床義歯 _____		
			(14) Other(Material)		
			その他 _____		
			Total Fee 合計	\$	

5. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

■邦訳（A） 各項目の材質を邦訳すること

8. 充填・その他

9. インレー・アンレー

10. 支台築造・その他

11. 冠・その他

12. ブリッジ

13. 有床義歯

14. その他（項目明記）

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	<div style="text-align: right;">Ⓔ</div>
住 所	<div style="text-align: right;">電話 _____</div>