

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薦めいたします。

（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										
※支給内訳	法定		拾万	万	千	百	拾	円	得	年	月	日	療	始	年	月	日
	付加							円	喪	年	月	日	養	終	年	月	日
	疾病別点数による	一日当たりの基準額 円 (疾病分類)															
決議書	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 1 回目)**
第 二 家 族 療 養 費

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	② 事業所の名称と所在地	名称 〇〇〇〇(株) 所在地 東京都〇区〇〇-〇-〇	
	③ 傷病名	〇〇〇〇	④ 発病又は負傷の年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑤ 発病又は負傷の原因	虫歯			
	⑥ 傷病の経過				
	⑦ 診療を受けた病院等	(ア) 名称	〇〇〇hospital	(イ) 診療した医師氏名	〇〇〇〇
		(ウ) 所在地	アメリカ〇〇〇〇〇〇〇〇		
	⑧ 診療の内容	虫歯の治療			
	⑨ 診療の期間(支給期間)	自	〇 年 〇 月 〇 日	入院・入院外の別	入院の場合は入院期間 自 平成 年 月 日 日間 金 〇〇〇〇 円也
		至	〇 年 〇 月 〇 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	至 平成 年 月 日
	⑩ 療養の給付を受けることができなかった理由	海外旅行のため			
	⑪ 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 checked="" type="checkbox"/> 1:いいえ	<input type="checkbox"/> 2:はい (制度名 (費用徴収の助成金額 円))		
	⑫ 第三者の行為による傷病ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 1:いいえ		<input type="checkbox"/> 2:はい	
	⑬ 療養が被扶養者に関するときはその者の	(ア) 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(申請者)		住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 東京都港区〇〇町〇〇-〇-〇		
		氏名	部品 太郎 (印)		

受 取 金 融 機 関 の 欄	銀行コード	〇〇〇〇	〇〇銀行
	店番号	〇〇〇〇	〇〇支店
	種類	普通・当座	
	口座番号	1234567	
	フリガナ	フビナ タロウ	
口座名義	部品 太郎		

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	#2	100	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 <u>パラジウム合金</u>	#2	700
(4) Prophylaxies/Scaling 歯垢 ← 歯垢除去			(10) Amal/Comp. Build-up		
Fluoride フッ化物塗布			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
(5) Extraction 抜歯			Post c Core メタルコア		
(6) Perio-dental Scaling /Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			※Other(Material)		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			その他		
(7) Pulp Cap 歯髄覆			(11) Crown 冠		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管			Silver alloy 銀合金		
2 canal			※Other(Material)		
3 canal			その他		
(8) Filling 充填			(12) Bridge Work ブリッジ		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			Abut (Material)		
2.Serf			支台歯		
3.Serf			Pontic (Material)		
			ダミー		
			※(13) Plate Denture(Material)		
			有床義歯		
			(14) Other(Material)		
			その他		
			Total Fee 合計	\$	800

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	○○ ○○ 
住 所	東京都○○区○○-○○-○○ 電話 ○○-○○○○-○○○○

本人が翻訳しても良い