

|             |   |
|-------------|---|
| 健保記入欄       |   |
| 支給額<br>(法定) | 円 |

添付書類は付いているか？

本人  
 家族

海外療養費支給申請書  
(歯科)

R5 年 4 月 20 日提出

\*「診療内容明細書」・「翻訳文」・「調査に関する同意書」・「領収書(原本)」・「パスポート写し(顔写真・出入国のわかる面)」を添付

|                            |  |                                  |                                      |  |
|----------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 被<br>保<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者等<br>記号番号  | 1 - 123456                       | 被保険者<br>(請求者)<br>氏名                  | (フリガナ) ヤマハ イチロウ<br><br>山葉 一郎                   |
|                            | 事業所名   | ヤマハ(株)                           | 生年月日                                 | 昭平 38 年 6 月 13 日生                              |
|                            | 所<br>属<br>課・係・店等   | ピアノ生産課                           | メールBOX<br>KK                         | 〒 430 - 1101<br>浜松市中沢町19-1                     |
|                            | 会社電話   | 外線<br>内線<br>0537-24-7722<br>1234 | 自宅住所                                 | 053-472-1000                                   |
|                            | 受診者氏名  | (フリガナ) ヤマハ ハナコ<br>山葉 花子          | 受診者の<br>生年月日                         | 昭和<br>平成<br>12 年 5 月 2 日<br>被保険者<br>との続柄<br>長女 |
|                            | 傷病名  | う蝕                               | 負傷又は<br>発病した<br>状況又は<br>原因<br>(具体的に) | 朝から、歯が痛みだした                                    |
|                            | 傷病の経過  | 良好                               |                                      |  |
|                            | 受診した医師<br>その他の者の<br>氏名及び住所   | Dr.○○○○<br>○○○○○<br>○○○○○        | 診療又は<br>手当の内容                        | 虫歯処置   |
|                            | 国名   | U. S. A                          | 診療又は手当<br>に要した費用の額                   | US \$ 14,400                                   |
|                            | 診療又は<br>手当の期間  | 自令和<br>至 5 年 3 月 6 日 1 日間        | (実際に支払った<br>通貨でご記入ください)              |  |
| 第三者の行為<br>が原因ですか           | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>上記の設定で「はい」の場合<br><input type="checkbox"/> 第三者が不明<br><input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない<br><br>(第三者から療養費の補償がある<br>場合は健康保険組合からは重複<br>して支給することが出来ません) | 健保記入欄                            | *レシート確認 = 円                          |  |

\*被保険者等記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

給付金の受領を事業主へ委任します。(□に✓を入れてください)

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 受け取り代理人欄<br>(事業主) | 住所<br>事業所名<br>代表者名 |
|-------------------|--------------------|

※退職後、任意継続に加入されない方のみ下記にご記入ください。

| 振込先        | 金融機関名 | 本・支店名      | 預金の種別 | 口座番号 | 名義人名   |
|------------|-------|------------|-------|------|--------|
|            |       |            | 普通・当座 |      | (フリガナ) |
| コード<br>No. |       | コード<br>No. |       |      |        |

備考  
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
被保険者等記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

|         |       |
|---------|-------|
| 事業所担当者印 | 健保受付印 |
|         |       |

\* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

ヤマハ健康保険組合 R6.12月改定

任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。

※「診療内容明細書」を担当医及び病院にて記入してもらってください。  
※ 請求が長期間にわたる場合は、1ヶ月(暦日)分ずつご請求ください。

**海外療養費 歯科用**

**Request to Attending Physician  
担当医へのお願い**

- 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。
- This form should be completed and signed by the dental surgeon.  
この様式は担当する歯科医が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院、入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

(注)担当医師以外、  
記載不可

**Attending Physician's Statement  
診療内容明細書**

Name of Patient 受診者氏名 \_\_\_\_\_ Age 年齢 \_\_\_\_\_ Sex (Male Female) 性別 \_\_\_\_\_  
 Date of first Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_  
 Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days

| Localization of Teeth 部位 |           |                    |   |
|--------------------------|-----------|--------------------|---|
| Permanent Teeth 永久歯      |           | Deciduous Teeth 乳歯 |   |
|                          |           |                    |   |
| R                        | 87654321  | 12345678           | L |
| R                        | 87654321  | 12345678           | L |
|                          | e d c b a | a b c d e          |   |
|                          | e d c b a | a b c d e          |   |

  

|   |                    |                            |                  |
|---|--------------------|----------------------------|------------------|
| 1. Name of Illness 傷病名<br>1.Dental Caries 1.う蝕症 | 2.Missing Teeth 欠損 | 3.Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 | 4.The Others その他 |
|   |                    |                            |                  |

  

| 2. Dental Treatment 歯科治療                | Localization of Teeth Examined 患歯部位 | Material 材料 | Fee 治療費 |
|---|-------------------------------------|-------------|---------|
| Initial Office Visit 初診料                |                                     |             |         |
| X-Ray Examination レントゲン検査               |                                     |             |         |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄              |                                     |             |         |
| Extraction 抜歯                           |                                     |             |         |
| Filling 充填                              |                                     |             |         |
| Inlay インレー                              |                                     |             |         |
| Metal Crown 金属冠                         |                                     |             |         |
| Post Crown 継続歯                          |                                     |             |         |
| Jacket Crown ジャケット冠                     |                                     |             |         |
| Bridge Work ブリッジ                        |                                     |             |         |
| Plate Denture 有床義歯                      |                                     |             |         |
| Partial Denture 局部義歯                    |                                     |             |         |
| Complete Denture 総義歯                    |                                     |             |         |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置 |                                     |             |         |
| Medicine 投薬                             |                                     |             |         |
| The Others その他                          |                                     |             |         |

Name and Address of Dental Surgeon 歯科医師の氏名及び住所  
 Name 氏名 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_ Total 合計 \_\_\_\_\_  
 歯科医師の氏名 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_  
 Address 所在地 \_\_\_\_\_ Office \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 歯科医師の名称・所在地 \_\_\_\_\_  
 Date 日付 \_\_\_\_\_  
 日付 \_\_\_\_\_