

健保記入欄		海外療養費支給申請書 (歯科)		R2年4月20日提出	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		支給額 (法定) 円		添付書類は付いているか?	
被 保 者 記 入 欄	被保険者証の記号と番号	1 - 123456		被保険者(請求者)氏名	(フリガナ) ヤマハ イチロウ 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
	所属課・係・店等	ピアノ生産課	メールBOX KK	自宅住所	〒430-1101 浜松市中沢町19-1
	会社電話	外線 0537-24-7722 内線 1234		自宅電話	053-472-1000
	受診者氏名	(フリガナ) ヤマハ ハナコ 山葉 花子		受診者の生年月日	昭和 12年5月2日 平成
	傷病名	う蝕		負傷又は発病した状況又は原因(具体的に)	長女 R2年3月1日 午前 時 分 午後 時 分
	傷病の経過	良好			朝から、歯が痛みだした
	受診した医師その他の者の氏名及び住所	Dr.〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇		診療又は手当の内容	虫歯処置
	国名	U. S. A		診療又は手当に要した費用の額	US \$ 14,400
	診療又は手当の期間	自平成 2年3月6日 1日間 至 令和 年 月 日		実際に支払った通貨でご記入ください	
第三者の行為が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 上記の設定で「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)		健保記入欄	*レート確認 = 円	
委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和2年4月20日 ④ に委任します。 被保険者氏名 山葉 一郎 ④				
(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい) ←					
振込依頼	金融機関名	本支店名	預金の種別	預金の番号	名義人名
	コード No.	コード No.	普通・当座		(フリガナ)
備考				事業所担当者印	健保受付印
被保険者証の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。 被保険者証の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。)					
* 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。					

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。

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。

**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	L	R	L
87654321	12345678	e d c b a	a b c d e
87654321	12345678	e d c b a	a b c d e

1. Name of Illness 傷病名 1. Dental Caries 1. 歯蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他

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 拔牙			
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 署名 歯科医師の氏名 _____ Address 所在地 _____ Office _____ Phone _____	Total 合計
--	----------

歯科医師の名称・所在地 _____
Date 日付 _____