

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

海外療養費支給申請書 (歯科)

年 月 日提出

*【添付書類】
「一診療内容明細書」・「翻訳文」・「調査に関わる同意書」・「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 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)	印	
	事業所名			生年月日	昭・平 年 月 日生		
	所属 課・係・店等	メールBOX		自宅住所	〒 -		
	会社電話	外線 内線			自宅電話		
	受診者氏名	(フリガナ)		受診者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名			負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃	
	傷病の経過						
	受診した医師 氏名及び住所			診療又は 手当の内容			
	国名			診療又は手当 に要した費用の額			
	診療又は 手当の期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	日間	〔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 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			

* 被保険者証の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)
* 被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、訂正印を押印していただく必要は不要です。

委 任 欄	本請求書に基づく (事業所名) 給付金の受領を 平成 年 月 日	Ⓜ に委任します。
	被保険者氏名	Ⓜ

(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
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。)

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。

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

1. Name of Illness 傷病名 1. Dental Caries 1. 歯腐症 _____	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			
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 歯科医師の氏名 _____ Address 歯科医師の名称・所在地 _____ Office _____ Date 日付 _____	Signature 署名 _____ Phone _____	Total 合計
--	-----------------------------------	----------

調査に関わる同意書（海外療養費）

Agreement of Authorization

・ 治療開始日 Starting date of medication Year _____年 Month _____月 Day _____日

・ 患者 Patient

（患者名 Name of patient） _____

（住所 Address） _____

（生年月日 Date of birth） Year _____年 Month _____月 Day _____日

ヤマハ健康保険組合御中

私（療養を受けた者） _____ は、ヤマハ健康保険組合の職員又は、ヤマハ健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費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）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、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

To: Yamaha Health Insurance Society

I(patient who has received treatment), _____ authorize Yamaha Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名・捺印欄 Signature

署名・捺印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名・捺印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

（氏名 Signature） _____ 印

（住所 Address） _____

（日付 Date） Year _____年 Month _____月 Day _____日

（患者との関係 Relation to the insured）

本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [_____]