

健康保険被保険者 家 族 海外療養費(歯科) 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり海外療養費を支給申請します。

年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"></table>
	氏名	(フリガナ)		生年月日	□ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和
	住所	(〒 ー)		都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は☑)					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険被保険者家族 海外療養費(歯科)支給申請書

1

2

各種様式

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
1 - ①家族の場合はその方の 2 傷病名	氏名	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日		
4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 <input type="checkbox"/>	(原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
5 診療を受けた医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	から (年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	まで (年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	日数
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	から (年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	まで (年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	日数
7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> ()			通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)
8 診療の内容	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	<p>※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パスポートの写し (①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し (氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し (eチケットの控えを含む) 			
9 受診者の情報	<p>(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他</p>			

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

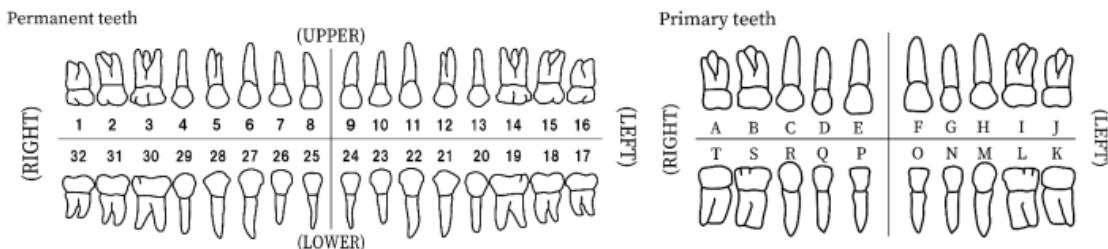
医師(療養担当者)記入用

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement**歯科診療内容明細書**

Name of Patient (Last, First) 患者名	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日	Sex Male · Female 性別
Date of Initial Visit (D / M / Y) 初診日	No. Days of Visit/Treatment 診療日数	Medical Record Number 診療録番号

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

**TYPE OF TREATMENT 治療の分類**

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髓					
Operation 手術					
Extraction 拔歯					
Filling 充填					
Inlay インレー *Material 素材()					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()					
Post Crown 繼続歯 *Material 素材()					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()					
Bridgework ブリッジ *Material 素材()					
Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 齒槽膿漏処置					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Currency Unit 通貨単位 _____

Medical Institution Name : (医療機関名)

Address : (住所)

Name of Physician : (担当医名)

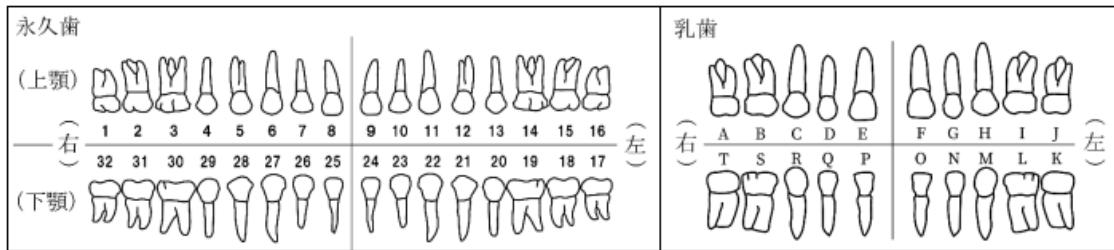
Title : (称号)

Signature : (署名)

Phone : (電話)

Date Completed : (作成年月日)

様式C 翻訳



傷病名

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜歯					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯					
局部義歯					
総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合 計					

通貨単位

【翻訳者】

翻訳日： 年 月 日

住 所：

氏 名： (自署)

電話番号：
