

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号							②	フリガナ				
								被保険者の 氏名と印	下記のとおりに申請いたします				
	事業所の名称												
	申請が被扶養者に 関するときは						生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
	傷 病 名							発病又は負傷 の 年 月 日		令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
	発病又は負傷 の 原 因									傷 病 の 経 過			
	診察を受けた 病 医 院 の			名 称						診療した 医師氏名			
				所 在 地									
	診 療 の 期 間 (入院-入院外の別) 又 は 装 具 装 着 日			入 院 ・ 入 院 外		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				入 院 の 場 合 日 数		日間	
				装 具 装 着 日		令和 年 月 日				入 院 外 の 場 合 実 日 数		日	
診 療 に 要 し た 費 用 の 額			金 円 (別紙証拠書のとおりに)				療養の給付を受けるこ とができなかった理由						

会 社 に 委 任 す る 場 合	被保険者 (請求者) 氏 名 令和 年 月 日									
	住 所									
	代 理 人 氏 名 氏 名									

組 合 記 載 欄	支給決定額			備 考 欄						
	円			T T S (年 月 日): = 円						
	×			円 = (1円未満切捨て) 円						

常務理事	事務長		担当者

受付日付印

支給決定額

円 也

診療内容明細書（海外分）翻訳

1. 患者名： 生年月日： 年 月 日 性別：男・女
2. 傷病名：
社会保険用国際疾病分類番号：
3. 初診日： 年 月 日
4. 診療日数： 日
5. 治療の分類
入院： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
入院外： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 : いいえ
9. 治療実費：様式 B
10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所
名前:姓 _____ 名 _____
住所: _____
電話: _____
11. 翻訳者の名前及び住所
名前:姓 _____ 名 _____
住所: _____
電話: _____

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. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

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. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the attached sheet of this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
_____(No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____ ,
初診日 _____
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : Form _____ , _____ to _____ , _____ (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
☐ Outpatient or _____ , _____ to _____ , _____ ,
Home Visit
入院外
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments(inbrief)
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes ☐ No ☐
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名称及び住所
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
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of Patient
患者名

Date of Birth
生年月日

Sex ☐M ☐F
性別 男 女

Initial Office Visit
初診日

Days of services days
診療日数

Tooth Number 歯式																										
R Permanent Tooth 永久歯												L Milky Tooth 乳歯 L														
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
	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
	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

Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)
1.Examination 診察			8.Filling Amal. 充填 アマルガム	1 serf	
2.X-Ray レントゲン	Bite-wings × 咬翼型			2 serf	
診察	Periapical × 標準型		Comp. 複合	3 Serf	
	Panoramic × パノラマ			1 serf	
Models スタデイモデル			レジン	2 serf	
3.Medication ☐ yes ☐ no 投薬				3 serf	
4.Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去			面		
Fluoride フッ素物塗布			9.Inlay / Onlay インレー・アンレー		
5.Extraction 抜歯			10.Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
6.Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			Post c Core メタルコア		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			11.Crown Porcelain / Gold 冠 ポーセレン・金		
7.Pulp Cap 歯髄覆罩			Silver Alloy 銀合金		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Other その他		
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal		12.Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯		
	2 canal				
	3 canal				
	根管				
			Pontic ダミー		
			13.Plate Denture 有床義歯		
			14.Other その他		

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Total Fee (合計)

Date (日付)

Signature (署名)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。
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。

Itemized Receipt

領収明細書

Form B

様式 B

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$	
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$	
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	
(11) Medicines	医薬費	\$	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
		\$	\$
			Unit is
(16) Total	合計	\$	貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意：高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

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