

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書(歯科)

(年 月分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号		番号		
	被保険者 氏名			生年月日	年 月 日	
	事業所の名称 及び所在地	(〒 -)				
	渡航国名		渡航目的	出張・海外駐在・旅行		
	渡航期間	年 月 日から	年 月 日まで	出張中又は赴任中		
	診療期間	年 月 日	年 月 日	日間	治癒・継続中	
	傷病名 (日本語で記入)		発病または 負傷の年月日	年 月 日		
	発病又は 負傷の原因		傷病の 経過			
	診療又は手当を 受けた医療機関の 名称等	名称		氏名		
		所在地				
	診療又は手当の 内容					
	診療に要した金額 (領収書のとおり)	通貨単位()				
	入院・入院外の別	入院・入院外	入院の場合、 入院した期間	自:	年 月 日	至:
					年 月 日	
	第三者の行為に よるものですか	はい ・ いいえ (←どちらかに○をつける)				
* 被扶養者(家族)が受診した場合						
被扶養者氏名 (受診者)		生年月日	年 月 日	続柄		
私は所属する事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領を委任し申請します。 年 月 日 コクヨ健康保険組合理事長 殿 〒 被保険者 住所 氏名						

【注意事項】

1.この申請書は月単位で申請して下さい。次の添付書類と一緒にご提出ください。

- ①「診療内容明細書(歯科)様式 B」(邦訳含む)
- ②「領収書原本」

※「邦訳」は診療内容明細書が外国語で作成されている場合、治療内容等を邦訳し、翻訳者の住所・氏名をご記入下さい。

2.支給される金額

治療内容のレベルや治療費国ごとに異なりますので、実際に払い戻される額は診療内容明細書と領収明細書に基づいて、国内の健康保険の治療を基準とした範囲内で支給します。

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

FormB(様式 B)

1.Please fill on this form so that 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。

3.3.Please specify material, for items marked ※.

※印の項目については材質も明記して下さい。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書 (歯科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex <input type="checkbox"/> M · <input type="checkbox"/> F 性別 男 女	
Initial Office Visit 初診日	Name of illness 傷病名		Days of Services _____ days _____ 診療日数 日間 _____, _____		
Permanent Tooth		Tooth Number 歯式		Milky Tooth 乳歯	
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 8 7 6 5 4 3 2 1		#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 1 2 3 4 5 6 7 8		#A #B #C #D #E E D C B A	
R		L		L R L	
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25		#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17		#F #G #H #I #J A B C D E #T #S #R #Q #P #O #N #M #L #K	
Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療			Comp. 複合レジン 1.Serf		
2. X-ray レントゲン診断			2.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3.Serf		
Periapical 標準型 ×			※Other (Material)		
Panoramic パノラマ ×			その他 _____		
Models スタディモデル			※9. Inlay / Onlay (Material)		
※3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			インレー アンレー _____		
4. Prophylaxies / Scaling			10. Amal./Comp.Build-up		
歯垢 ← 歯垢除去			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core マルコア		
5. Extraction 抜歯			※Other (Material)		
6. Perio-dental Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			その他 _____		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			11. Crown 冠		
7. Pulp Cap 歯髄覆			Porcelain / Gold ホーセレン・金		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Silver alloy 銀合金		
Root Canal Therapy			※Other (Material)		
根管治療 1 canal 根管			その他 _____		
2 canal			12. Bridge Work ブリッジ		
3 canal			※Abut (Material)		
8. Filling 充填			支台歯		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			※Pontic (Material)		
2.Serf			タミー		
3.Serf			※13. Plate Denture (Material)		
			有床義歯 _____		
			※14. Other (Material)		
			その他 _____		
			Total Fee 合計		

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地	
Date 日付	Signature 署名

<申請者の方へ> 上記、診療内容明細書が外国語で作成されている場合は必ず次ページの邦訳を添付して下さい

※印がついている項目に医師の記入がある場合は、薬剤名、材質など具体的にどのようなものか記して下さい。

〈邦 訳〉◆診療内容明細書が外国語で作成されている場合は必ず翻訳をして下さい。

(各項目の材質などを邦訳してください)

3. 投薬

薬剤名:

規格:

数量:

8. 充填・その他

9. インレー・アンレー

10. 支台築造・その他

11. 冠・その他

12. ブリッジ

13. 有床義歯

14. その他(項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話 _____