

## 【海外療養費(歯科)支給申請について】

海外療養費（歯科）支給申請には以下の書類を添付して申請して下さい。

- ①海外療養費支給申請書
- ②歯科診療内容明細書
- ③歯科診療内容明細書（翻訳）
- ④調査に関わる同意書
- ⑤領収書（原本）
- ⑥パスポートのコピー（渡航歴が分かる部分含む）

支	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係	伺年	月	日	取得年月日	昭和	年	月	日
									喪失年月日	平成	年	月	日
払	法定給付					円	支給期間		平成	年	月	日	日間
	付加給付					円			平成	年	月	日	
決	※備考								合計金額	円			
									現地通貨				
									円換算レート	=	円		
議													
書													

被保険者 海外療養費支給申請書 (第 回)  
家 族

注意事項

- ④ ③ ② ①  
「診療内容明細書」と「領収明細書」及びその「翻訳文」、「領収書」原本を添付してください。  
請求人の住所記入の際には〇〇方またはアパート名などを明記してください。  
訂正したときはそれぞれの記入者が使用した印と同じ印を押してください。  
標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号			事業所の名称 TEL						
	記号	番号								
	申請が被扶養者に関するときはその方の		フリガナ	被扶養者の生年月日	昭和	年	月	日	被保険者との続柄	
	申請理由 療養の給付を受けることができなかった理由を記入してください。		氏名							
	傷病名		発病または負傷の年月日		年		月	日	(負傷の場合は 時頃)	
	発病又は負傷の原因		※詳しくご記入ください							
	傷病の経過									
	診察を受けた医療機関の		名	称	所		在	地	診察した医師の氏名	
	診察期間		自 平成 年 月 日		～ 至 平成 年 月 日		日間			
	第三者の行為によって負傷したものであるか		ある	第三者の行為によって負傷したときその事実の届出の有無	第三者の氏名と住所と連絡先 (不明のときはその旨を記入してください。)					
			ない	有・無	氏名	連絡先				
					住所	不明理由				
	上記のとおり申請します。				申請年月日		年		月	日
	川口工業健康保険組合理事長 殿				〒		電話番号		( )	
	被保険者の住所				被保険者の氏名		ⓐ 生年月日		昭和 平成 年 月 日	
委任状		<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 <input checked="" type="checkbox"/> ) 事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。 被保険者の氏名 ⓑ								
※退職後等の申請で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。										

社会保険労務士記入欄

決裁日付印	受付日付印

**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 health insurance benefit.  
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 one form for hospitalization/ outpatient (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) 受診者名	Date of Birth 生年月日 _____ . _____ . _____	Sex 性別 (Male・Female)
Date of first Diagnosis 初診日 _____ . _____ . _____	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	Hospitalization 入院 From _____ to _____ . ( ) days.
Permanent tooth 永久歯 Right <u>87654321</u>   <u>12345678</u> Left <u>87654321</u>   <u>12345678</u>		Primary tooth 乳歯 Right <u>EDCBA</u>   <u>ABCDE</u> Left <u>EDCBA</u>   <u>ABCDE</u>
Name of Illness 傷病と部位 Dental Caries う蝕性 _____   Missing Teeth 欠損 _____   Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 _____   The Others その他 ( ) _____		
Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要 ( )		
Prescription, Operation and any other Treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要 ( )		

**Itemized Receipt 領収明細書**

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Date			Fee 治療費
			MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料						
Follow-up Office Visit 再診料						
X-Ray Examination レントゲン検査						
Dental Pulp Extirpation 抜髄						
Operation 手術						
Anesthetics 麻酔						
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 歯槽膿漏処置						
Medicine 投薬						
The Others その他						
Unit is 通貨単位 ( ) Total Amount 合計						

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前: (Last,First) \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
 Address 住所: Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Date 日付: \_\_\_\_\_ Signature 署名: \_\_\_\_\_ Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record : 診療録の番号 \_\_\_\_\_

【翻訳】

歯科診療内容明細書

受診者名	生年月日 _____	性別 ( 男 ・ 女 )
初診日 _____	診療日数 _____日間	入院 自_____~至_____ ( )日間
永久歯 右 <u>87654321</u>   <u>12345678</u> 左 <u>87654321</u>   <u>12345678</u>		
乳歯 右 <u>EDCBA</u>   <u>ABCDE</u> 左 <u>EDCBA</u>   <u>ABCDE</u>		
傷病と部位 う蝕性 _____ 欠損 _____ 歯槽膿漏 _____ その他 ( ) _____		
症状の概要		処方、手術その他の処置の概要

領収明細書

歯科治療	患歯部位	材料	日付			治療費
			年	月	日	
初診料						
再診料						
レントゲン検査						
抜髄						
手術						
麻酔						
拔牙						
充填						
インレー						
金属冠						
継続歯						
ジャケット冠						
ブリッジ						
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 \_\_\_\_\_

担当医の名前及び住所

名前: \_\_\_\_\_ 称号 \_\_\_\_\_

住所: 自宅 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

翻訳者記入欄	
名前 _____	住所 _____
_____	電話 _____

## 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication	Year _____	Month _____	Day _____
患者氏名 / Name of patient	_____ / _____		
住所	_____		
Address	_____		
生年月日 Date of birth	Year _____	Month _____	Day _____

川口工業健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、\_\_\_\_\_は、川口工業健康保険組合の職員又は川口工業健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費支給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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを川口工業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To : **Kawaguchi Kogyo Health Insurance Society**

I (patient who has received treatment) authorize **Kawaguchi Kogyo 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.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

### 署名・押印欄 Signature

署名・押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、押印して下さい。

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	_____	Ⓜ / _____
住所	_____	
Address	_____	
日付 Date	Year _____	Month _____ Day _____
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)[ _____ ]	

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter. (28.4)