

同年月日 令和 年 月 日

支給 決議 書	常務理事	事務局	備考(病名コード)			
	支給期間	自	令和	年	月	日
		至	令和	年	月	日
		証NO	支給金額			

\*この線より上は請求者において記入しないこと

**<旅行など業務外の方> 海外療養費・第二家族療養費 支給申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号番号	—	事業所の名称	国名		
	傷病名		手当に要した 費用の額	通貨単位( )		
	手当を受けた期間	自	令和	年	月	日
		至	令和	年	月	日
	診療または手当を受 けた医療機関名称等	名称	担当医師名			診療 区分 入院・外来
		所在地				
	発病又は負傷の原因 (詳細に記入すること)	(いつ)	(どこで)	(何をして)		
	診療の内容					
	受診者が家族 (被扶養者)の場合	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	続柄	
				年 月 日		
日本国内で受診できな かった理由	<input type="checkbox"/> 現地在住者		<input type="checkbox"/> 旅行・留学・ボランティア活動など			
<p>上記のとおり、申請します。私は、この申請に基づく給付金の受領を事業主に委託します。          帝人グループ健康保険組合又は貴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情報を          確認する為、治療行為を行った者から治療行為の事実の有無や治療内容照会の提供を受けることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 — 請求者の住所</p> <p>氏名 _____ (TEL _____ )</p>						

添 付 書 類	必要となる添付書類 <input type="checkbox"/> にチェックをつける
	<医科の場合>
	<input type="checkbox"/> 様式Aと邦訳、様式Bと邦訳、領収書 <b>※原本</b>
	<input type="checkbox"/> 渡航した事実が確認できる書類の写し(パスポート、旅券、航空券など)
<歯科の場合>	
<input type="checkbox"/> 様式Cと邦訳、領収書 <b>※原本</b>	
<input type="checkbox"/> 渡航した事実が確認できる書類の写し(パスポート、旅券、航空券など)	

1. 受診者氏名が記載された証拠書類は必ず添付すること。
2. 各月毎、入院・入院外・被保・被扶別につき、この様式1枚が必要

☆☆☆ 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兼領収明細書

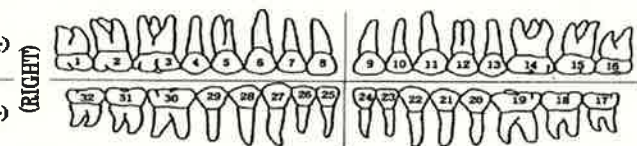
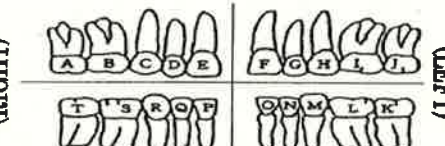
Name of Patient (Last,First)		Date of birth	Age	Sex (Male・Female)
患者名:		生年月日:	年齢 歳	性別: 男・女
Date of first Diagnosis		Days of Diagnosis and Treatment		
初診日:		診療数: day		

●Tooth Number(歯式)	
Permanent Tooth(永久歯)	
(Upper)	(Lower)
(RIGHT)	(LEFT)
Primary Tooth(乳歯)	
(RIGHT)	(LEFT)

●Name of Illness(傷病名)			
1.Dental Caries(う蝕症)	2.Missing Tooth(欠損)	3.Pyorrhea Alveolaris(歯槽膿漏)	4.The Others(その他)
_____	_____	_____	_____

●Type of Treatment 治療の分類					
Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO	DA	YR	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
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					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所		
Name(名前) Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Office Address(病院または診療所の住所)		
Office(病院または診療所の名称)		Phone(電話)
Date(日付)	Attending Physician's Signature(担当医署名)	
Reference Number of your Medical Record(if applicable) 診療録の番号		

● 歯式	
永久歯 (Upper)  (Lower)	乳歯 (RIGHT)  (LEFT)

● 治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
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					
Total 合計					

翻訳者記入欄
氏名: _____
住所: _____
電話: _____