

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
	日間		

支給支払決議書			
資格取得	年		
資格喪失	年		
支払年月日	年		

被保険者 健康保険 海外療養費支給申請書  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	-----		事業所 名称 所在地						
	被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年月日	明大 昭平	年	月	日	被保険者 との続柄
傷病名				発病又は 負傷年月日	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・所在地 医師の氏名	名称				医師 氏名				
	所在地	Tel							
診療又は手当を 受けた期間	自	年	月	日	入院期間	自	年	月	日
	至	年	月	日		日間	至	年	月
診療又は手当に 要した費用の額									
診療の内容									
療養の給付を 受けることが できなかった理由									
第三者の行為に よる負傷であるとき	その事実と 届出の有無				加害者の氏名				
					加害者の住所				
療養費振込先	※ 給与口座へお振込致します。								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年</p> <p style="text-align: center;">月</p> <p style="text-align: center;">日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">太陽誘電健康保険組合理事長殿</p>									

※この申請書には、領収書(原本)・海外療養の調査に関わる同意書・パスポートの写し2カ所(本人氏名表記ページ・渡航期間表記ページ)  
 内科の場合は、診療内容明細書(様式A)・翻訳文・領収明細書(様式B)  
 歯科の場合は、医科診療内容明細書・翻訳文 } を添付して下さい。

**【歯科】**

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。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First)

Age (Date of Birth)

Sex ( Male • Female )

患者名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女)

Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_ Day of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_

初診日 \_\_\_\_\_ 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Tooth Number 歯式																											
Permanent Tooth 永久歯	Baby Tooth 乳歯																										
R <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table> L	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R <table border="1"> <tr><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr> </table> L	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																							
R <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table> L	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R <table border="1"> <tr><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr> </table> L	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																							

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

2. Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 歯式	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit 初診料			
X-Ray Examination X線検査			
Dental Pulp Extirpation 抜髄			
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			
Treat of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処理			
Medicine 投薬			
Others その他			
Total			

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_

Office Address : \_\_\_\_\_

病院住所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_

Signature 署名 \_\_\_\_\_

# 診療内容明細書日本語翻訳文

## 1. 傷病名

---

---

---

## 2. 歯科治療(処方、処置の概要)

---

---

---

---

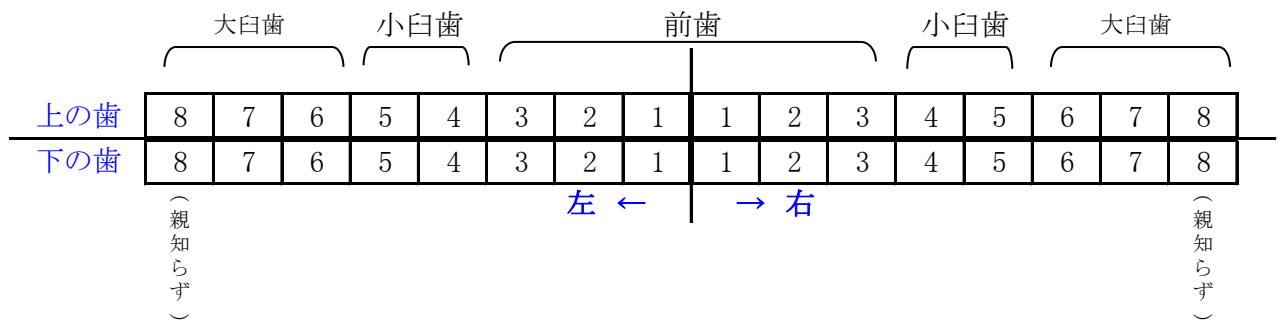
---

---

---

---

## 3. 歯科治療箇所(治療した歯に、しるしを付けて下さい)



翻訳者記入欄	
記入日	
翻訳者氏名	
勤務先or住所	