

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 日 至 年 月 日 日間

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

こちらは被保険者が記入して下さい。

被保険者
被扶養者

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	○ ----- ○○○○○		事業所 所在地	名称	○○○○株式会社			
				所在地	○○県○○市○○町123			
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	健保 花子		生年月日	明大 昭平	50年4月1日	被保険者 との続柄	妻
傷病名	C2う蝕症(右6第一大臼歯)				発病又は 負傷年月日	2011年4月1日		
発病又は 負傷の原因	食事中痛みを感じる							
傷病の経過	痛みと腫れ							
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	○○Hospital			医師 氏名	○○ ○○○		
	所在地	123 ABC Road Sydney NSW 1111 Australia Tel. ○○○○-○○○-○○○						
診療又は手当を 受けた期間	自	2011年4月1日		入院期間	自	年 月 日		
	至	2011年4月5日			至	年 月 日		
診療又は手当に 要した費用の額	\$ 85							
診療の内容	レントゲン・虫歯を削る・型取り・インレー装着・投薬(鎮痛剤)							
療養の給付を 受けることが できなかった理由	海外旅行中の為							
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	無し			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="color: red; font-weight: bold;">2011年4月20日</p> <p style="text-align: right;">〒○○○-○○○</p> <p style="text-align: right;">住所 ○○県○○市○○町123</p> <p style="text-align: right;">被保険者の 氏名 健保 太郎</p> <p style="text-align: right;">太陽誘電健康保険組合理事長殿</p>								

健
保

※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)
 医科の場合は、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。

全て病院(担当医)に
記入してもらって下さい。

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 $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}$ $\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ L	R $\frac{e\ d\ c\ b\ a}{e\ d\ c\ b\ a}$ $\frac{a\ b\ c\ d\ e}{a\ b\ c\ d\ e}$ L

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 _____

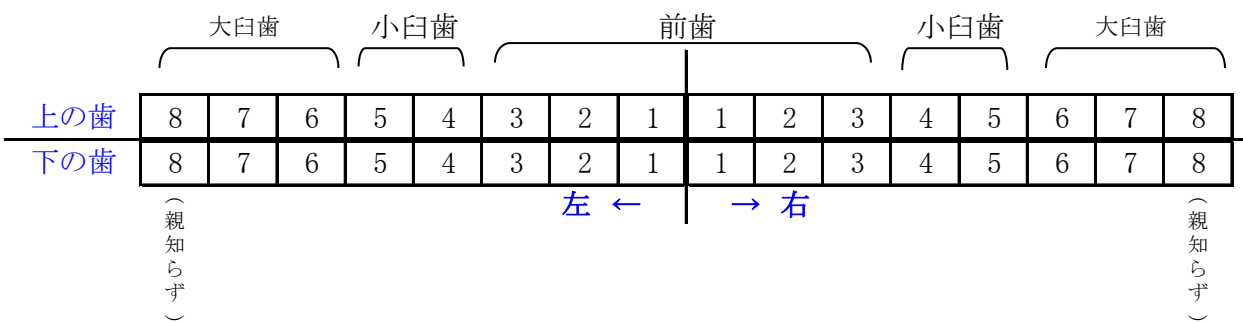
診療内容明細書日本語翻訳文

歯科診療内容明細書の
 1. 傷病名、2. 歯科治療
 日本語訳を記入して下さい。
 3. 治療箇所を記入して下さい。
 (翻訳者記入欄記入のこと)

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	