

事業所担当印

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外歯科用)

① 2

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の	-		<input type="checkbox"/> 昭和		
	ふりがな			<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名			<input type="checkbox"/> 令和		
	住所	〒	-	電話	-	-
事業所名称			所在地			
委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿		令和	年	月	日
	海外療養費を申請し、当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。当該申請に際し、コスモエネルギーグループ健康保険組合が医療機関等に対して、当該申請に係る審査に必要な事項の照会を行う事、また当該医療機関等がその内容に回答することに同意いたします。					
	被保険者氏名					自筆

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	生年月日	年	月	日
	1-①家族の場合はその方の氏名			<input type="checkbox"/> 昭和			
	2 傷病名			<input type="checkbox"/> 平成			
				<input type="checkbox"/> 令和			
	3 発症または負傷の			令和			
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	<input type="checkbox"/>	1. 病気	原因及び経過			
				2. けが → 事故または第三者の行為によるけがの場合は健保へお知らせください。			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
	(国名)	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
6 診療を受けた期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
6-①上記の期間に入院していた場合はその期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
7 診療に要した費用の額	( )		8 診療の内容				
	⇨通貨単位を記入						
9 受診者の情報	受診者は現在日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。						
	<input type="checkbox"/> はい	・渡航期間 ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 )					
	<input type="checkbox"/> いいえ	・渡航目的 ( )					
		・海外在住の理由 ( )					

支給金額					
法定給付					
付加給付					
合計					
常務理事	事務長	係			

<算出の基礎>

(法定)

円 × % =

(付加)

円 × % - 30,000 =

円

健保受付印

事業所担当印

記号・番号

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

1 ②

医師(療養担当者)記入用

氏名:

Request to the Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
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。
- 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。
- One form for each month, and for each hospitalization or outpatient visit 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。

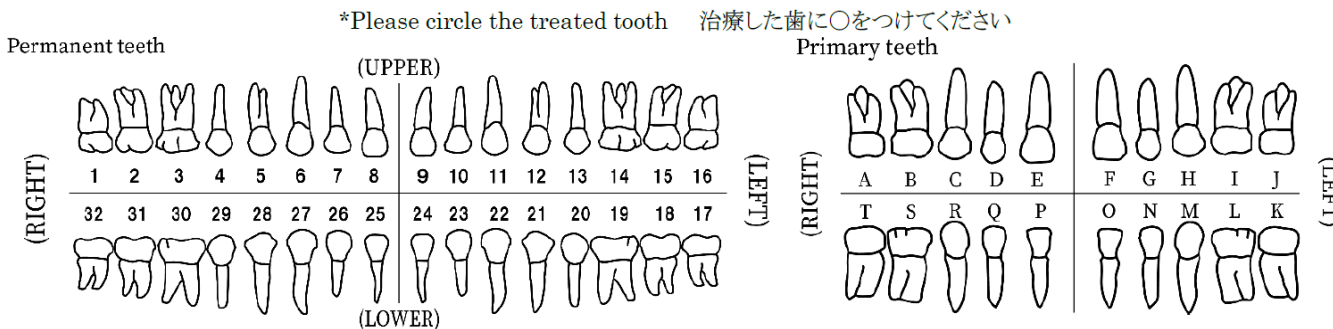
Form C  
様式 C

Attending Dentist's Statement  
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_ Sex 性別 Male 男 · Female 女

Age (Date of birth) 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ . .  
Date of Initial Visit 初診日(DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ . .  
Medical Record Number / 診療録番号 \_\_\_\_\_

No. Days of Visit/Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days



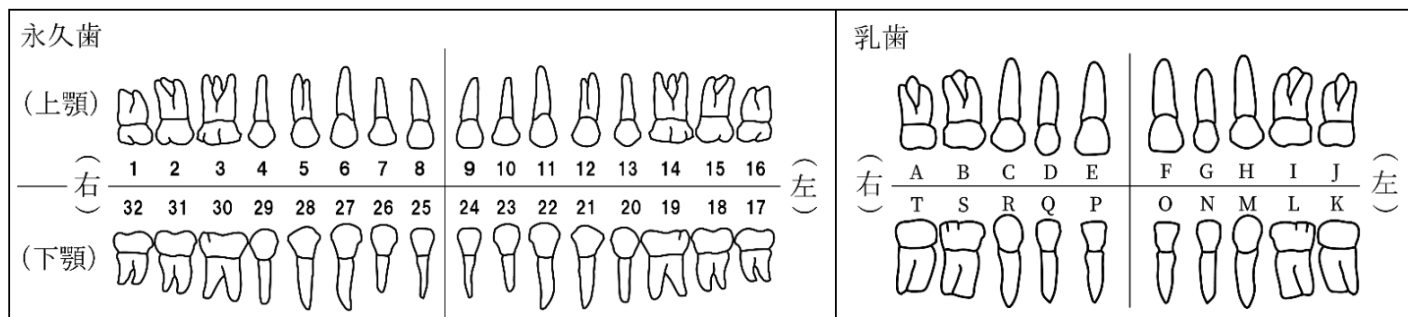
TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
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 *Material 素材( )					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材( )					
Post Crown 継続歯 *Material 素材( )					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材( )					
Bridgework ブリッジ *Material 素材( )					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

Currency Unit 通貨単位

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name 医療機関名 \_\_\_\_\_  
Address 住所 \_\_\_\_\_  
Name of Dentist 担当歯科医名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Signature 署名 \_\_\_\_\_ Date Completed 作成年月日 \_\_\_\_\_ . .



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		年	月	日	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー	*素材( )				
金属冠	*素材( )				
継続歯	*素材( )				
ジャケット冠	*素材( )				
ブリッジ	*素材( )				
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

住所

氏名



電話番号

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

---

15. 特記事項

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

氏名



電話番号