

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外歯科用)

① 2 3

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	18	—	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5 5 0 5 0 5
	ふりがな	けんぼ たろう				
	氏名	健保 太郎				
	住所	〒 105 — 0014 東京都港区芝1丁目10番11号				
事業所名称	コスモ石油(株)		所在地	東京都港区芝浦1-1-1		
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 XX 年 XX 月 XX 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	2	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	健保 花子			<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2	5	0	3	1	7
	2 傷病名	虫歯(親知らず)			3 発症または負傷の	年	月	日			
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	1	1. 病気 原因及び経過 検診にて虫歯が発覚した	令和	X	X	X	X	X	X	
	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							
	名称	XX病院	〇〇〇〇〇	△△△△							
	国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名							
	シンガポール										
	6 診療を受けた期間	令和	XXXXXX	から	XXXXXX	まで	日数	〇〇	日		
6-①上記の期間に入院していた場合はその期間	令和		から		まで	日数		日			
7 診療に要した費用の額	183.60	(シンガポールドル)	8 診療の内容	診察・レントゲン							
	*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 checked="" 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 × % = 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)

医師(療養担当者)記入用

氏名: _____

Request to Attending Physician
担当医へお願い

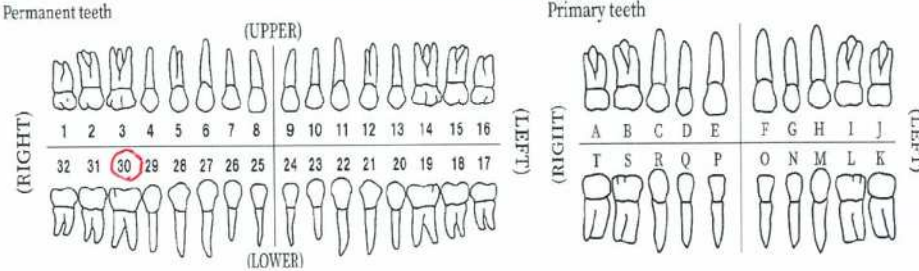
- 1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- 3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (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

Name of Patient (Last, First) 患者名 Kenpo Hanako	Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 17. 3. 2013	Sex Male <input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/>
Date of Initial Visit (D/M/Y) 初診日 27. 3. 2024	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days	Medical Record Number 診療録番号 _____

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください



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 / Examination 診療	30	27	3	2024	54.00
X-Ray Examination レントゲン検査	-	27	3	2024	108.00
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		27	3	2024	21.60
Total 合計					183.60

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名) **〇〇〇 〇〇〇〇**

Address: (住所) **〇〇〇 〇〇〇〇**

Name of Dentist: (担当歯科医) **〇〇〇 〇〇〇〇** Title: (称号)

Signature: (署名) **〇〇〇〇 〇〇〇〇** Phone: (電話) **〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇**

Date Completed: (作成年月日) **27. 3. 2024**

氏名:

Request to 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 / 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 B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

1. Initial Office Visit	初 診 料	54.00
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	
3. Home Visit	往 診 料	
4. Hospitalization	入 院 費	
5. Consultation	診 察 費	
6. Operation	手 術 費	
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	108.00
9. Tests Performed *検査内容を記入 *Please provide details below	諸 検 査 費	
10. Medications *薬品名・投与量を記入 *Please provide the name and dosage for each medication	医 薬 費	
11. Treatments/Procedures	処 置 費	
12. Surgical Dressings	包 帯 費	
13. Anesthetics	麻 酔 費	
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	
15. Other (Please specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	21.60
16. Total	合 計	183.60
		Currency Unit 通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name:(医療機関名) 〇〇〇 〇〇〇〇

Address:(住所) 〇〇〇 〇〇〇〇

Name of Physician:(担当医名) 〇〇〇〇 〇〇〇〇 Title:(称号)

Signature:(署名) 〇〇〇〇 〇〇〇〇 Phone:(電話) 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

Date Completed:(作成年月日) 27 . 3 . 2024