

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 番号 -
ふりがな 氏名
住所 〒 -
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
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

申請内容
1 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
1-①家族の場合はその方の氏名
2 傷病名
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) 原因及び経過
1. 病気
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 ( 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
7 診療に要した費用の額 ( ) \*通貨単位を記入
8 診療の内容
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。
□ はい ・渡航期間 ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 )
・渡航目的 ( )
□ いいえ ・海外在住の理由 ( )

Table with columns for 支給金額 (法定給付, 付加給付, 合計) and 関係者 (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

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 C  
様式 C

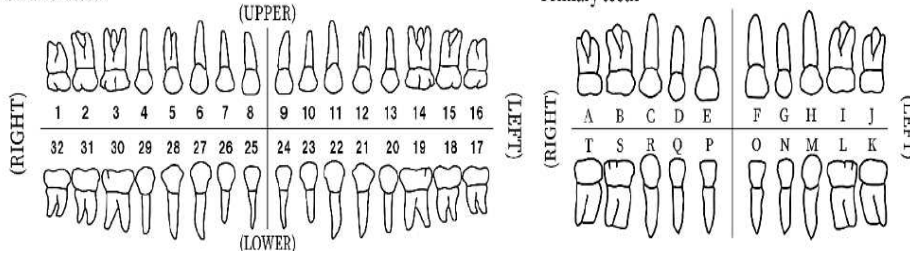
Attending Dentist's Statement  
歯科診療内容明細書

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| Name of Patient (Last, First)<br>患者名 _____ | Date of Birth (D/M/Y)<br>生年月日 _____            | Sex Male • Female<br>性別 _____        |
| Date of Initial Visit (D/M/Y)<br>初診日 _____ | No. Days of Visit/Treatment<br>診療日数 _____ days | Medical Record Number 診療録番号<br>_____ |

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

Permanent teeth

Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

| Dental Treatment<br>歯科治療                                     | Tooth No. and Surface<br>患歯部位 | Date |   |   | Fee<br>治療費 |
|--|-------------------------------|------|---|---|------------|
|  |                               | D    | M | Y |            |
| Initial Office Visit 初診料 / Examination 診療                    |                               |      |   |   |            |
| X-Ray Examination レントゲン検査                                    |                               |      |   |   |            |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄                                   |                               |      |   |   |            |
| Operation 手術   |                               |      |   |   |            |
| Extraction 拔牙  |                               |      |   |   |            |
| 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<br>Partial Denture 局部義歯<br>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   |                               |      |   |   |            |

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) \_\_\_\_\_ Title: (称号) \_\_\_\_\_

Signature: (署名) \_\_\_\_\_ Phone: (電話) \_\_\_\_\_

Date Completed: (作成年月日) \_\_\_\_\_



記号・番号: \_\_\_\_\_

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

1 2 ③

医師(療養担当者)記入用

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           | _____ |
| 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       | _____ |
| 9. Tests Performed                                      | *検査内容を記入    | 諸 検 査 費         | _____ |
| *Please provide details below                           |             |                 |       |
| _____   |             |                 | _____ |
| _____   |             |                 | _____ |
| _____   |             |                 | _____ |
| 10. Medications   | *薬品名・投与量を記入 | 医 薬 費           | _____ |
| *Please provide the name and dosage for each medication |             |                 |       |
| _____   |             |                 | _____ |
| _____   |             |                 | _____ |
| _____   |             |                 | _____ |
| 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) | _____ |
| _____   |             |                 | _____ |
| _____   |             |                 | _____ |
| 16. Total   |             | 合 計             | _____ |

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) \_\_\_\_\_

Address: (住所) \_\_\_\_\_

Name of Physician: (担当医名) \_\_\_\_\_ Title: (称号) \_\_\_\_\_

Signature: (署名) \_\_\_\_\_ Phone: (電話) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date Completed: (作成年月日) . . .