

支給決議書	支給額		常務理事	事務長	担当	受付印
	支給内訳	決定				
		附加	備考			

被保険者 被扶養者 **海外療養費・療養付加金支給申請書** 歯科用  
英語版

記入日： 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 渡航理由		1. 駐在 (単身・帯同) 2. 研修・訓練 (期間: ) 3. 乗務 4. 出張 5. 私用 6. その他 ( )		③ 支払い		1. 支店精算済		2. 全額自己負担			
	② 渡航先				※アメリカ・フランスの駐在者及び研修・訓練生で、保険会社、社会保険等からの給付を受けられなかったときは、その理由等を記入							
	④ 被保険者の記号と番号		—		⑤ 被保険者氏名						印	
	⑥ 被保険者の現住所											
	⑦ 事業所の名称				⑧ 所属部課		( E-mail address )					
	⑨ 受診者氏名				生年	昭・平	月日	令	年	月	日	続柄
	⑩ 傷病名				⑪ 発病または負傷の原因							
	⑫ 症状の概要				⑬ 発病または負傷の日				年		月	日
	⑭ 診療を受けた病医院の名称 (国・地名: )				⑮ 診療に従事した医師の氏名							
	⑯ 診療の内容 (詳細に)											
	⑰ 診療の期間及び診療日数		外来	年	月	日から	年	月	日まで	日間		
			入院	年	月	日から	年	月	日まで	日間		
	⑱ 診療に要した額		(A) 診療費総額									
			(B) 補填額 (*1)									
			(A) - (B) 自己負担額									

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

受 取 代 理 人 の 欄

令和 年 月 日

被保険者 住所

(請求者) 氏名 印

代理人の氏名と印

印

委任者と代理人との関係

代理人の住所

\*2 〒

\*1 保険会社、社会保険等からの給付額

\*2 現役社員は記入・捺印必須 (記入例参照)

(備考)

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
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、証明を願います。
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。
3. Please specify material, for items marked※.  
※印の項目については材質も明記して下さい。

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

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex 性別  M 男  F 女

Date of Initial Office Visit 初診日 \_\_\_\_\_ Days of Services 診療日数 \_\_\_\_\_ days 日間

Tooth Number 歯式	
<b>Permanent Tooth 永久歯</b> #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 #32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25 #24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17	<b>Milky Tooth 乳歯</b> #A #B #C #D #E #F #G #H #I #J R E D C B A A B C D E L E D C B A A B C D E #T #S #R #Q #P #O #N #M #L #K

Dental Treatment 歯科治療	Teeth 患歯	Materials 材料	Fee 治療費
Initial Examination 初診	—	—	
X-Ray Bite-Wing 翼 × 1 2 3 4 レントゲン検査 Periapical 標 × 1 2 3 4 Panoramic パ	— — —	— — —	
Filling : 1 surface 1面 充填 2 surfaces 2面 3 surfaces 3面		※	
Cast Crown 鑄造冠 Post Crown 継続歯 Others その他		※	
Root-canal therapy 根管処置		—	
Extraction 抜歯		—	
Bridge Work ブリッジ		※	
Plate Denture 有床義歯		※	
Periodontics : 歯槽膿漏処置 Dressing : 薬剤塗布 Periodontal scaling : 歯肉縁下の除石 Gingival Curettage : 盲嚢搔爬～歯槽膿漏手術		— — —	
Preventive : Prophylaxies 歯冠研磨 Fluoride フッ化物塗布		— —	
Medication 投薬	—	※	
Others その他			

Name of Dental Surgeon (Signature) 医師の氏名 \_\_\_\_\_ Total 合計 \_\_\_\_\_

Address of Office 歯科医院の所在地 \_\_\_\_\_ Date 日付 \_\_\_\_\_

## 日本語訳(歯科)

訳文をご記入ください。

記入日 年 月 日

診療内容明細書	
傷病名	
症状の概要	
処方・手術その他の処置の概要(充填・金属冠・継続歯・ブリッジ・有床義歯については材質を明記して下さい。)	
その他(特記事項)	

翻訳者記入欄(被保険者による翻訳でも可)	
名前	
住所	
電話	

