

【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】

海外療養費支給申請書（歯科）

申請日： 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号一番号	記号	番号	事業所名 所属名			
	傷病名						
	発病の日・負傷の 日時と原因	発病の日・負傷の日時： 年 月 日（ 時頃） 海外で受診した負傷原因：					
	傷病の経過 （☑をつけてください）	☐完治（良好） ☐療養中 ☐症状固定 ☐その他（ ）					
	医療機関と 担当医	医療機関名：		担当医氏名：			
	診療の内容	☐通院 ☐入院 ☐投薬 ☐その他		支払金額	円		
	診療の期間等	診療期間等		診療	区分	左記の期間中で入院した期間	
		年 月 日 から 年 月 日 まで	日	入院外・入院	年 月 日から 年 月 日まで（ 日）		
	第三者行為によって負 傷したものですか （第三者行為に起因している 場合、原則として医療費に ついて、健康保険からは支 給されず、被害者等からの 加害者への請求となります）	☐はい ・ ☐いいえ	はいの場合 （第三者行為 による場合）	その事実の届出 有 ・ 無 （事業主や健保等へ届 けている場合には有に ○を付けてください	第三者の氏名・住所 〒（ - ） 住所： 第三者氏名：		
	被扶養者に関する 請求の場合	被扶養者 氏名	（S・H・R 年 月 日生）			続 柄	
振 込 希 望 の 金 融 機 関	銀行・ 信用 金庫	金融機関口座は被保険者（社員）名義でお願いします （当健保組合で登録している被保険者（社員）氏名・フリガナが、改姓等の理由で口座名義と相違している こと等がある場合には、お手数ですが当健保組合へご連絡をお願いします）					
		銀行名 （銀行コード）	銀行 信用金庫 （銀行コード： ）	支店名 （支店コード）	支店 （支店コード： ）		
		口座番号 （右詰記入）	普通預金	口座名義	被保険者（社員）名義		

※標準送金日は、毎月25日頃となります。なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。
※網掛け部分の必要項目について、被保険者ご自身（健康保険法 施行規則 第66条）でご記入ください。

上記のとおり申請いたします。また、プルデンシャル健康保険組合が海外療養の内容について、当該海外療養を担当した者に照会することを同意します。

被保険者 （自署）	被扶養者 （自署）	※被扶養者の療養で請求する場合記入 （続柄： ）
--------------	--------------	-----------------------------

添付書類：旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写しをどれか1つ添付して下さい。
☐旅券 ☐航空券 ☐その他（ ）

・薬剤の支給だけを受けた場合、医師以外のものから手当てを受けた場合は、該当する項を読み替えて記入してください。

・保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。

※「診療明細書」を必要しない場合で、別の書類を必要とする場合等

1. 海外で受診したとき「診療内容明細書」（日本語の翻訳文添付）「領収書（原本）」等＜国内で定めた基準で算定し、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いる＞

2. コルセット・ギプス・義肢など

「傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実費についての領収書（原本）」

3. 小児弱視等の眼鏡・コンタクトレンズ「医療担当者の作成指示書（写）」「患者検査結果」「領収書（原本）」等＜支給額上限あり・年齢上限あり・更新は装着期間により制限あり＞

4. 輸血「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収書（原本）」

※提出いただいた「領収書（原本）」等の返還はできません。

受付日付印

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

- Please fill on this form so that 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。
- 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。
- 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 Physician's Statement
 診療内容明細書 (歯科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex <input type="checkbox"/> M · <input type="checkbox"/> F 性別 男 女			
Initial Office Visit 初診日		Days of Services _____ days 診療日数 日間					
Permanent Tooth		Tooth Number 歯式				Milky Tooth 乳歯	
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 8 7 6 5 4 3 2 1		#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 1 2 3 4 5 6 7 8				#A #B #C #D #E E D C B A	
R		L				R	
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25		#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17				#F #G #H #I #J A B C D E	
#T #S #R #Q #P		#O #N #M #L #K				L	
Services 診療内容		Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容		Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療				Comp. 複合レジン 1.Serf			
2. X-ray レントゲン診断				2.Serf			
Bite-wings 咬翼型 ×				3.Serf			
Periapical 標準型 ×				※Other (Material)			
Panoramic パノラマ ×				その他 _____			
Models スタディモデル				※9. Inlay / Onlay (Material)			
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬				インレー アンレー _____			
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯垢除去				10. Amal./Comp.Build-up			
Fluoride フッ化物塗布				アマルガム・複合レジンによる支台築造			
5. Extraction 抜歯				Post c Core マルコア			
6. Perio-dontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化				※Other (Material)			
Gingival Curettage 盲嚢搔爬				その他 _____			
7. Pulp Cap 歯髄覆				11. Crown 冠			
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				Porcelain / Gold ホーセレン・金			
Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管				Silver alloy 銀合金			
2 canal				※Other (Material)			
3 canal				その他 _____			
8. Filling 充填				12. Bridge Work ブリッジ			
Amal. アマルガム 1.Serf 面				Abut (Material)			
2.Serf				支台歯			
3.Serf				Pontic (Material)			
				ダミー			
				※13. Plate Denture (Material)			
				有床義歯 _____			
				※14. Other (Material)			
				その他 _____			
				Total Fee 合計			

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地	
Date 月日	Signature 署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は右側の邦訳部分に必ず和訳をつけて下さい。
 材質の場合は具体的にどのようなものか訳して下さい。

ブルデンシャル健康保険組合
 P 健-13-2②(2021.4)

邦訳 (各項目の材質を邦訳すること)

8. 充填・その他

9. インレー・アンレー

10. 支台築造・その他

11. 冠・その他

12.ブリッジ

13. 有床義歯

14. その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
名前	印/サイン
住所	電話 _____