

海外療養用

被 保 険 者
被 扶 養 者

療養費 支給申請書

①※印の欄は記入しないで下さい。

②請求した給付金について本人と違う口座に振込を希望する場合、受取代理人の欄にご記入下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号		被保険者（請求者） の 氏 名 と 印				印
		番 号		生 年 月 日	年 月 日			
				資 格 取 得 年 月 日	年 月 日			
	被 保 険 者 （申請者）の住所	〒	—	☎ （ ）				
	事 業 所 の 名 称				事業所又は 問 合 せ 先 電 話 番 号	☎ （ ）		
	事業所の所在地							
	被扶養者の申請 に関するときは そ の 者 の	氏 名		生年 月 日	年 月 日	続 柄		
	傷 病 名				発 病 又 は 負傷の年月日	年 月 日		
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				傷 病 の 経 過			
	診療又は手当て を受けた病院の	名 称		所 在 地				
	診 療 に 従 事 し た 医 師 の	氏 名		入 院 ・ 通 院 の 別	入院 ・ 通院			
	診 療 又 は 手 当 て の 内 容				第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	ある ・ ない		
	診 療 又 は 手 当 て の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			日間	診療または手当に 要した費用の額	円	
	コルセット・ギブス・ 義肢等に関する 申請のときは	証明書（意見書） 年 月 日 装着日（領収日） 年 月 日 装具を作製したときは 入院中 通院中 （○で囲んで下さい。） 靴型装具の申請時は当該装具の写真を添付（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）						
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 （詳しくご記入下さい）	海外で療養を受けたため						

↓ 必ず通帳（表面）のコピーを添付して下さい。

支 払 金 融 機 関 の 欄	銀 行 本 店							受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を代理人 に委任します。 本 人 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名	印
	金 庫 支 店									
	種 類	1. 普通	2. 貯蓄	3. 当座						
	口 座 番 号									
	フリガナ									
	預 金 の 名 義 人									

代理人の印は、違う印でお願いします。

※	備考	扶養認定日
---	----	-------

※

受 付 印

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

(Itemized Receipt 領収明細書)

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- ☐ 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 one form for hospitalization/outpatient (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。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____
2. Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____ 3. Sex 性別 Male 男 ・ Female 女
4. Date of First Diagnosis 初診日 _____ 5. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days
6. Name of Illness 傷病名 ☐ Dental Caries う蝕症 ☐ Missing Teeth 欠損 ☐ Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏
☐ The Others その他 (_____)

7. Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯																primary teeth 乳歯													
R.																L.													
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.		

8. Type of Treatment 治療の分類 (Currency unit 通貨単位 _____)

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Initial Office Visit (初診料)			
X-Ray Examination (レントゲン検査)			
Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
Extraction (抜歯)			
Filling (充填)			
Inlay (インレー)			
Metal Crown (金属冠)			
Post Crown (継続歯)			
Jacket Crown (ジャケット冠)			
Bridge Work (ブリッジ)			
Plate 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)			
Medicines (投薬)			
The Others (その他)			
Total (合計)			

9. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式 C 翻訳

治療の分類

歯科治療	患歯部位	材 料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜 髄			
抜 歯			
充 填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投 薬			
その他			
合 計			

翻 訳 者

氏 名 印

住 所

電話番号

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- ☐ 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 one form for hospitalization/outpatient (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。

Name of Patient (Last , First) 患者名 _____

Country 国名 _____ Currency unit 通貨単位 _____

Item (項目)		Amount (金額)
1	Fee for Initial Office Visit (初診料)	
2	Fee for Follow-up Office Visit (再診料)	
3	Fee for Home Visit (往診料)	
4	Fee for Hospital Visit (入院管理料)	
5	Hospitalization (入院費)	
6	Consultation (診察費)	
7	Operation (手術費)	
8	Professional Nursing (職業看護師費)	
9	X-ray Examinations (X線検査費)	
10	Laboratory Tests (諸検査費) Please fill in the content of the Laboratory Tests. 諸検査の内容を記入してください。	
11	Medicines (医薬費) Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. 処方した薬の名称と量を記入してください。	
12	Surgical Dressing (包帯費)	
13	Anesthetics (麻酔費)	
14	Operating Room Charge (手術室費用)	
15	The Others (その他・特記) (Specify)	
Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.
特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式B 翻訳

10. 諸検査費の内訳

11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

15. その他（特記事項）

翻 訳 者

氏 名 印

住 所

電話番号

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication 年 Year 月 Month 日 Day

患者名 Name of Patient

住所 Address

生年月日 Date of birth 年 Year 月 Month 日 Day

東京織物 健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____ は、健康保険組合の職員又は健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを提示することも併せて同意します。

To: Tokyo orimono Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。

なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature.

However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 Signature _____ (印)

住所 Address _____

日付 Date 年 Year 月 Month 日 Day

患者との関係 Relation to the insured 本人 Self・親権者 Guardian・法定相続人 Heir・その他 Other ()

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.