

海外療養費支給申請書・添付書類様式 (歯科)

海外療養費は海外の医療機関で実際にかかった費用の組合負担分(7～9割)が償還される訳ではなく、国内における保険診療の範囲内(支払った費用がこれを下回った場合は、実際にかかった費用の組合負担分)で支給決定されます。

※ 海外旅行保険等、個人で保険に加入されることをお薦めいたします。

(保険に加入されていても海外療養費は支給されます。)

※ 治療を目的として国外へ行った場合は、海外療養費の対象となりません。

被保険者の皆さまへ

- 1 償還手続きに必要な書類は、この「海外療養費支給申請添付書類様式」にある
①療養費支給申請書
②様式C（歯科診療内容明細書）**「邦訳」を必ずお願いします。**
③調査にかかる同意書
および④領収書・原本（領収明細書がある場合は合わせてご提出ください）、
⑤パスポートの写し（所持者、出入国記録が確認できる部分）の5点です。
パスポートの写しの提出が困難な場合は、その他の海外渡航等の事実が確認できる書類の写しをご提出ください。
様式Cは、担当の医師に証明をもらってください。
なお、申請内容に不明な点がある場合は、追加で資料等のご提出をお願いします。
することや提出書類において算定可能な範囲で支給額を決定することになりますので、ご了承ください。
- 2 様式Cは、（1）受診者ごと、（2）受診月ごと、（3）医療機関ごとに、それぞれ一枚ずつ証明をもらってください。
- 3 様式Cの邦訳は、必ず記入していただき、翻訳者の住所・氏名についても記入してください。
- 4 海外から申請する時は事業主（国内に残った留守家族も可）を経由してください。
- 5 当組合から直接海外へ送金はいたしません。被保険者以外（事業主等）が受け取る場合は受取代理人欄で受領の委任をしてください。
なお、給付金のお支払いには、申請書の受付から2か月程度の期間を要しますのでご了承ください。
- 6 償還の請求は医師又は病院等に費用の支払をした日の翌日から数えて2年を経過するとできなくなるのでご注意ください。
- 7 申請いただいた内容について、療養を受けた海外の医療機関に照会をすることがありますので、「調査にかかる同意書」に署名をお願いします。

健康保険 被保険者
 家族

療養費支給申請書(海外療養費)

(第 回目)

令和 年 月 日 申請

【記入上の注意】
①被保険者の印は、被保険者自らが署名した場合に限り、押印は不要となります。ただし、受取代理人を定める場合には、当該欄内の押印が必要となります。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	② 被保険者氏名 (被保険者死亡の場合は申請者氏名)		㊞		
	③ 被保険者住所	〒 電話 ()				
	④ 事業所名称					
	⑤ 療養が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	平成・昭和・令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	⑥ 傷病名			⑦ 発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑧ 負傷した場合にのみご記入ください	負傷した場所 何をしている時に、何がどのようにしてどこをケガしましたか				
	⑨ 第三者の行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> 1:いいえ		<input type="checkbox"/> 2:はい		
	⑩ 診療を受けた病院等	名称				
		所在地				
	⑪ 診療の内容					
⑫ 診療の期間(支給期間)	自 年 月 日	入院・入院外 の別 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院	入院の場合は入院期間 自 年 月 日	⑬ 診療に要した費用の額 外貨で記入してください	日間	
	至 年 月 日	日間	至 年 月 日	日間		
⑭ 海外療養費を申請する理由	<input type="checkbox"/> 1:旅行等一時的な渡航		<input type="checkbox"/> 2:海外勤務	<input type="checkbox"/> 3:海外在住		
	渡航先(国名)	※治療を目的として渡航した場合は、支給の対象外です。				

⑮ 受取代理人の欄	私は _____ ㊞を代理人と定め海外療養費の受領方を委任します。 被保険者氏名 (申請者) _____ ㊞
-----------	--

⑯ 支払金融機関の欄	金融機関名		コード番号						
	店名		コード番号						
	預金の種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義								

被保険者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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

【組合記入欄】

※ 受付日付印

支給額		拾万	万	千	百	拾	円							
支給内訳	法定							資格	得	年 月 日	療	始	年 月 日	日間
	付加								喪	年 月 日	養	終	年 月 日	
								認	年 月 日	証	交	年 月 日		
療養に要する費用の算定)													
支払い金額による	換算レート	年 月 日	銀行確認	=	円									

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 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。
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. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

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

Form C
様式C

Name of Patient (Last, First) 患者名		Age(Date of Birth) 年齢(生年月日)		Sex(Male・Female) 性別(男・女)																																																																																																																																																	
Date of First Diagnosis : _____ 初診日		Days of Diagnosis and Treatment : _____ 診療日数		days 日間																																																																																																																																																	
Permanent Tooth (永久歯)			Tooth Number (歯式)																																																																																																																																																		
			Primary Tooth (乳歯)																																																																																																																																																		
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A																																																																																																																																																	
R _____		L _____		R _____																																																																																																																																																	
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A																																																																																																																																																	
R _____		L _____		R _____																																																																																																																																																	
L _____		R _____		L _____																																																																																																																																																	
L _____		R _____		L _____																																																																																																																																																	
1. Name of Illness (傷病名)																																																																																																																																																					
(1) Dental Caries (う蝕症)		(2) Missing Tooth (欠損)		(3) Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)																																																																																																																																																	
(4) The Others (その他)																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">2. Dental Treatment (歯科治療)</td> <td colspan="2">Localization of Teeth Examined (患歯部位)</td> <td colspan="2">Material (材料)</td> <td colspan="2">Fee (治療費)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Initial Office Visit (初診料)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">X-Ray Examination (レントゲン検査)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dental Pulp Extirpation (抜髄)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Extraction (抜歯)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Filling (充填)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Inlay (インレー)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Metal Crown (金属冠)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Post Crown (継続歯)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jacket Crown (ジャケット冠)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bridge Work (ブリッジ)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Plate Denture (有床義歯)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Partial Denture (局部義歯)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Complete Denture (総義歯)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏処置)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Medicine (投薬)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">The Other (その他)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Total (合計)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						2. 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)								Medicine (投薬)								The Other (その他)								Total (合計)							
2. 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)																																																																																																																																																					
Medicine (投薬)																																																																																																																																																					
The Other (その他)																																																																																																																																																					
Total (合計)																																																																																																																																																					

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

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 Signature 署名

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

歯科診療内容明細書

歯式			
永久歯		乳歯	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 R _____ L		E D C B A A B C D E R _____ L	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A A B C D E	
1. 傷病名			
(1)う蝕症	(2)欠損	(3)歯槽膿漏	(4)その他
_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
2. 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			
フリッジ			
有床義歯			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他			
合 計			

翻訳者記入欄	
名前	①
住所	電話 _____

調査にかかる同意書 Agreement of Authorization

東京電子機械工業健康保険組合 御中

私(療養を受けた者) _____ は、貴組合の職員または貴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。

To: **Tokyo Electronics Industry Health Insurance Association**

I (patient who has received treatment) authorize Tokyo Electronics Industry Health Insurance Association 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.

患者(patient)

患者名(Name of patient) _____

住所(Address) _____

生年月日(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

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) _____

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)【 _____ 】

日付(Date) Year _____ Month _____ Day _____

※ 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.