

常務理事	事務長	係

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
期 間	年 月 日～	年 月 日	日入・外
	年 月 日～	年 月 日	日入・外

## 健康保険 海外療養費請求書(歯科)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	-	社員No.	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。			
	被保険者 氏 名	生年月日		昭 平 令	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	
	住 所	〒 -					
申請内容	受診者	続柄		<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	生年月日	昭 平 令	
	傷病名	発病または 負傷年月日		令和	年 月 日		
	発病の原因 および経過	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過)				<input type="checkbox"/> ケガ ※別紙の「負傷原因 届」を記入ください。	
	受診した医療 機関の情報	名称	所在地		医師名		
		名称	所在地		医師名		
	診療期間	令 年 月 日～令 年 月 日迄	日間	診療に 要した費用			
	渡航期間	令 年 月 日～令 年 月 日迄	日間	国 名	通貨単位 ( )		
診療の内容							
やむを得ず海 外で受診した 理由	<input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> その他(理由)						
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日記入							
氏 名 (申請者)							

振込先口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)						
	金融機関コード				店番号		
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)				<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				口座番号		
普通							口座名義(カナで記入)

事業主証明欄	上記の通り相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。						
	令和 年 月 日証明	事業所所在地					
		受任者 事業所名称					
		事業主氏名					

添付書類	①現地医療機関で記入された領収明細書(様式C)、領収書原本、同意書						
	②領収明細書(様式C)の日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所、電話番号を記載)						
	③受診者の海外渡航期間が確認できる書類(次のいずれか) □パスポートのコピー(氏名・顔写真、該当期間の出入国のスタンプのページ)						
	□査証(ビザ)のコピー(氏名、有効期限が記載されたのページ) □航空チケットのコピー(eチケットの控えを含む)						

※消えるボールペン等の筆記用具や修正テープは使用は不可  
 ※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要

書類提出先→人事総務G

**Form C**  
**様式 C**

**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.  
この様式は患者が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。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.  
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

**Itemized Receipt (Dental)**

領収明細書 (歯科) ※すべて現地の医療機関にて記入を依頼してください。

Name of patient (Last, First)		Age (Date of Birth)		Sex (Male/Female)																									
患者名 _____		年齢 (生年月日) _____ , _____ , _____		性別 (男・女)																									
Date of First Diagnosis :			Days of Diagnosis and Treatment :																										
初診日 _____ , _____ , _____			診療日数 _____ days																										
Localization of Teeth (部位)																													
Permanent Teeth (永久歯)			Deciduous Teeth (乳歯)																										
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	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			e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	
Name of Illness (傷病名)																													
①Dental Caries (う蝕症)		②Missing Teeth (欠損)		③Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)		④The Others (その他)																							
_____		_____		_____		_____																							
Dental Treatment (歯科治療)		Localization of Teeth Examined (患歯部位)		Material (材料)		Fee (治療費)																							
Initial Office Visit 初診科																													
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 Others その他																													
				Total (合計)																									

Name and address of Attending Physician 担当医の名前及び住所			
Name	Last 姓	First 名	
Address	Home 自宅	Phone ☎	
	Office 病院又は診療所	Phone ☎	
Date	_____ , _____ , _____	Signature 署名	_____
		Attending physician 担当医	
Reference number of your medical record (if applicable) 診療録の番号		_____	

様式 C

日本語訳

## 領収明細書 ( 歯科 )

部 位																															
永 久 歯																															
乳 歯																															
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L	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			e	d	c	b	a		a	b	c	d	e	

傷 病 名				
① う蝕症	② 欠損	③ 歯槽膿漏	④ その他	
_____	_____	_____	_____	_____

歯科治療	患歯部位	材 料	治療費
初診科			
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	_____
住 所	_____
	_____
電話番号	_____

# 同意書 (Agreement of Authorization)

海外療養費支給申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、医療内容等)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、当該者からその照会内容について情報提供を受け取ることに同意します。

## 署名・押印欄

CNCグループ健康保険組合 御中

署名日: 年 月 日

### ・療養を受けた者(患者)の署名欄

患者氏名: \_\_\_\_\_ ④

生年月日: 年 月 日

住所: \_\_\_\_\_

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

### ・被保険者(成年後見人・法定相続人)の署名欄

氏名: \_\_\_\_\_ ④

生年月日: 年 月 日

住所: \_\_\_\_\_

※療養を受けた者(患者)と同じ場合には「同上」と記入してください。

