

# 海外療養費支給申請書(歯科)

受付日付印

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入ください。「受診者別」「受診月別」「医療機関別」「入院・外来別」に申請して下さい。

※添付書類が外国語で記載されている場合は、日本語訳を添付して頂くか補記して下さい。(日本語訳がない場合は適正な算定ができない可能性があります。)

被 保 険 者 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。(薬代は処方箋を出した医療機関分に合算して下さい。)				
	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名			
	事業所の名称			部店室名			
	受診者名	続柄		受診者の生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	傷病名						
	傷病の原因と経過			第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」を提出のこと。	
	診療を受けた国名等 1.アメリカ 2.イギリス 3.シンガポール 4.中国 5.香港 6.その他( )						
	診療に要した金額		外貨額①	うち現地保険受領額②	① - ② = 外貨額③		
	診療の期間		受診月毎に1枚 令和 年 月 日 ~ 日 ( 日間 )				
	日本国内で受診できなかった理由		<input type="checkbox"/> ①出向中 (家族帯同含む)	<input type="checkbox"/> ②出張中	<input type="checkbox"/> ③その他 (理由 旅行)	⇒②③の場合はパスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)等の写しを添付のこと。	
		②③ 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日~令和 年 月 日					
調 査 に 関 わ る 同 意 書	<p><b>みずほ健康保険組合理事長 殿</b></p> <p>上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。</p> <p>私はみずほ健康保険組合の職員あるいは、みずほ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(療養を行った日時・場所:療養状況等)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、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。</p> <p>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、パスポートをみずほ健康保険組合に提示することも併せて同意します。なお、本書の写しも有効と認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 被保険者氏名</p>						
事 業 主 証 明 欄	<p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">みずほ健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">事業所名称</p> <p style="text-align: right;">委任者 事業主氏名又は 事業主代理人名</p>						

## 《添付書類》領収証原本・診療内容明細書・翻訳等

被保険者等の記号・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。  
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄	
-----	--

## ※健保組合処理欄

常務理事	事務長	次長	担当

[受付番号 \_\_\_\_\_ ]

- ① This form is used for claiming the health insurance benefit.
- ② This form should be completed and signed by the attending physician.
- ③ Please fill in the description of service other than listed items. (※15)
- ④ One form for each month and one form for hospitalization/outpatient.

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。  
 この様式は担当医が書き、かつ署名してください。  
 ※15その他 の項目には1～14に該当しない診療内容を記入してください。  
 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

### 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 services 受診日 From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Total 合計 \_\_\_\_\_ Visits 回 \_\_\_\_\_

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

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 診察		_____	8. Filling Amal 充填 アマルガム	1. surf. _____ 2. surf. _____ 3. surf. _____	_____
2. X-ray レントゲン Bite-wings 嚙翼型 × Periapical 標準型 × Panoremic パノラマ断層撮影 Models ステイモデル	_____	_____	Comp. 複合 レジン	1. surf. _____ 2. surf. _____ 3. surf. _____	_____
3. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	9. PZ・IMP・BT 型成 印象 咬合		_____
4. Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去 Fluoride フッ化物塗布		_____	Material of dental restoration ( _____ ) 該当する修復物の材質名		_____
5. Root planing スケーリング・ルートプレーニング Gingival Curcottage 歯周ポケット掻爬 Perio-operation 歯周外科手術	_____	_____	10. Inlay/Onlay (Material _____) インレー・アンレー		_____
6. Extraction 抜歯 Other Operation その他手術	_____	_____	11. Amal./Comp.Build-up 充填物による支台築造 Post&Core マタルコア Other その他 (Material _____)		_____
7. Pulp Cap 歯髄覆置 Pulpotomy 歯髄切断 Root Canal Therapy 根管治療 1 canal _____ 2 canal _____ 3 canal _____ 根管 _____	_____	_____	12. Crown 冠 Porcelain/Gold ホーセレン・金 Silver Alloy 銀合金 Gold-Silver Palladium (金パラ) Other その他 (Material _____)		_____
			13. Bridge Work ブリッジ Abutment 支台歯 (Material _____) Pontic ホンティック (Material _____)		_____
			14. Dentur 有床義歯 (Material _____) Repair 義歯修理		_____
			15. Other (specify) その他 ※ Medical Certificate 診断書		_____

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

Office/Phone 病院又は診療所/電話

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_  
 Date 日付 \_\_\_\_\_ Dentist's Signature 医師の署名 \_\_\_\_\_

Total Fee 合計
-----------------

◎必ず医師の自筆による署名が必要です