

海外療養費支給申請書(歯科)

受付日付印

※同じ月に同一医療機関を受診した場合は、1枚の申請書にまとめて記入して下さい。
領収書毎に申請書を記入しないで下さい。
傷病名が異なる場合でも、同一医療機関で受診した場合はまとめて下さい。

(可能性がります。)

Form with multiple sections: 被保険者記入欄 (Insurance Holder Information), 調査に関する同意書 (Consent for Investigation), 事業主証明欄 (Business Owner Confirmation). Includes fields for hospital type, insurance details, medical history, and dates.

《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 (Remarks field)

※健保組合処理欄

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

療養を担当した医師に証明を受けてください。

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