

# 健康保険 海外療養費(歯科) 支給申請書

1

2

各種様式

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり海外療養費を支給申請します。

年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒 - )	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	必ず自署してください			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )					

給付金は事業所を経由して支給します。以下、受取代理人の欄をご記入ください。  
※任意継続被保険者の方は登録口座へお振込となりますので、記載は不要です

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			
	※被保険者記入	氏名	年 月 日	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係	
※事業所記入	氏名	(フリガナ)			

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

常務理事	事務長	担当

# 健康保険 海外療養費(歯科) 支給申請書

1

2

各種様式

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者  1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 続柄: ( )

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日

6 - ①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日

7 療養に要した費用の額

( )通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)

8 診療の内容

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。

- ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ)
- ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの)
- ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)

(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。

- 海外勤務(同行家族を含む)
- 旅行
- 留学
- その他

## 【添付書類】

- ① 歯科診療内容明細書(様式C)
- ② 領収明細書(様式B)
- ③ ①と②の日本語訳(様式C翻訳・様式B翻訳)
- ④ 同意書(様式D)
- ⑤ 領収書及びその日本語訳
- ⑥ 受診者の海外渡航期間が確認できる書類

各種様式は次ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

2/2

(2025.2)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 _____	Sex Male · Female 性別 _____
Date of Initial Visit (D/M/Y) 初診日 _____	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days	Medical Record Number 診療録番号 _____

\*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Name of Illness  
傷病名 \_\_\_\_\_

Permanent teeth

(UPPER) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16  
(LOWER) 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17

Primary teeth

(RIGHT) A B C D E (LEFT) F G H I J  
(RIGHT) T S R Q P (LEFT) O N M L K

TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー *Material 素材( )					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材( )					
Post Crown 継続歯 *Material 素材( )					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材( )					
Bridgework ブリッジ *Material 素材( )					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄 Currency Unit 通貨単位 \_\_\_\_\_

Medical Institution Name : (医療機関名) \_\_\_\_\_

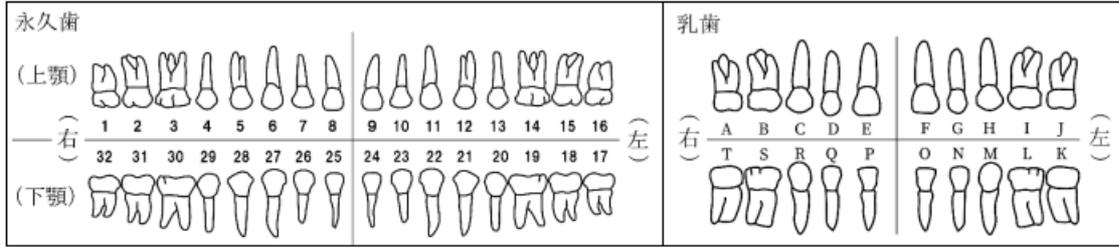
Address : (住所) \_\_\_\_\_

Name of Physician : (担当医名) \_\_\_\_\_ Title : (称号) \_\_\_\_\_

Signature : (署名) \_\_\_\_\_ Phone : (電話) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date Completed : (作成年月日) \_\_\_\_\_

様式C 翻訳



傷病名

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材( )					
金属冠 素材( )					
継続歯 素材( )					
ジャケット冠 素材( )					
ブリッジ 素材( )					
有床義歯					
局部義歯					
総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

通貨単位

【翻訳者】

翻訳日： 年 月 日

住所：

氏名：

(自署)

電話番号：



様式B 翻訳

9. 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

---

---

---

---

10. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

---

---

---

---

15. 特記事項

---

---

---

---

【翻訳者】

翻訳日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

電話番号： \_\_\_\_\_

## 同意書

健康保険法に基づく療養費の支給決定を行うにあたり、京三製作所または京三製作所健康保険組合が委託した事業者が、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、療養内容等)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ることに同意します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

京三製作所健康保険組合 理事長殿

署名は、療養を受けた者（患者）本人が行ってください。なお、代理人が署名した場合は下記の「代理人の署名欄」にも署名をお願いいたします。

● 療養を受けた者（患者）の署名欄

署名日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

● 代理人の署名欄

氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

住所： \_\_\_\_\_

療養を受けた者（患者）との関係：  親権者（療養を受けた者が未成年の場合）

法定相続人（療養を受けた者が死亡している場合）

その他（ \_\_\_\_\_ ）