

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------------

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者 海外療養費支給申請書

(第 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名称 所在地	電話 局 番 〒
傷病名			発病又は負 傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称 氏名		所在地 及び電 話番号	〒
診療又は 手当の内容	入院期間 自 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日			
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨				
療養の給付又は 特定療養費もし くは家族療養費 の支給を受ける ことのできな かった理由				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 と届出 の有無		加害者の氏名 加害者の住所	〒
被扶養者に関す る申請のとき	氏名	生年 月日	明昭 大平 年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号) 当座			
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 被保険者の 住所 氏名 (印) 健康保険組合理事長 殿				

領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名		職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜		検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術	薬剤	回 回 回 回
投薬	内服 服用 外用 薬剤 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回			
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他		回
	1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日）	合計		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

〒
住所
医師
氏名

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 被扶養者 療養費のうち 金 円也の受領に関する事。				
		被保険者の	住所 〒 氏名		印
		代理人の	住所 〒 氏名		印
振込希望の銀行	銀行 支店（普通当座 第 号）				

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 〒 住所 受領者 氏名				
					印

（注意事項）
 1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
 2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
 3. 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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、かつ署名してください。
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 _____ Date of Birth _____ Sex M F
Initial Office Visit _____ Days of Services _____ days

Tooth Number																																																																																																																																			
Please put a circle on the treated teeth																																																																																																																																			
<p>Permanent Tooth</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>#1</td><td>#2</td><td>#3</td><td>#4</td><td>#5</td><td>#6</td><td>#7</td><td>#8</td><td>#9</td><td>#10</td><td>#11</td><td>#12</td><td>#13</td><td>#14</td><td>#15</td><td>#16</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>R</td><td colspan="14"></td><td>L</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>#32</td><td>#31</td><td>#30</td><td>#29</td><td>#28</td><td>#27</td><td>#26</td><td>#25</td><td>#24</td><td>#23</td><td>#22</td><td>#21</td><td>#20</td><td>#19</td><td>#18</td><td>#17</td> </tr> </table>	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R															L	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	<p>Milky Tooth</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>#A</td><td>#B</td><td>#C</td><td>#D</td><td>#E</td><td>#F</td><td>#G</td><td>#H</td><td>#I</td><td>#J</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>R</td><td colspan="8"></td><td>L</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>#T</td><td>#S</td><td>#R</td><td>#Q</td><td>#P</td><td>#O</td><td>#N</td><td>#M</td><td>#L</td><td>#K</td> </tr> </table>	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	R									L	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16																																																																																																																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																																																																				
R															L																																																																																																																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																																																																				
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17																																																																																																																				
#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J																																																																																																																										
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																																																																																										
R									L																																																																																																																										
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																																																																																										
#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K																																																																																																																										

Service	Tooth No.	Fee	Service	Tooth No.	Fee
1.Examination			8.Filling	Comp 1 serf	
2.X-ray	Bite-wings			2 serf	
	Periapical			3 serf	
	Panoramic		9.Inlay/ Onlay		
3.Medication	<input type="checkbox"/> Gargle <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Antalgic		Material		
	Other(specify) _____		10.Comp Build-up		
4.Prophylaxies/Scaling			Post c Core		
	Fluoride		11.Crown		
5.Extraction			Material		
6.Periodontal Scaling/ Root planning			12.Bridge Work	Abut	
	Gingival Curettage		Material		
				Pontic	
7.Pulp Cap			13.Plate Denture		
	Pulpotomy		Material		
	Root Canal Therapy		14. Other(specify)		
	1 Canal				
	2 Canal				
	3 Canal				

Total Fee

Name and Address of Dentist / Office _____
Date _____ Dentist Signature _____

歯科診療内容明細書

患者名 _____ 生年月日 _____ 性別 男 女
 初診日 _____ 診療日数 _____ 日間

歯式																															
治療した歯に○をつけてください																															
永久歯												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						
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						
R															L	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						
#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						

診療内容	歯式	料金	診療内容	歯式	料金
1.診察			8.充填 複合・レジン 1面		
2.レントゲン診断 咬翼型			2面		
標準型			3面		
パノラマ			9.インレー / アンレー		
3.投薬 <input type="checkbox"/> うがい薬 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 その他(内容を明記) _____			材料		
4.歯垢/歯石除去			10.複合・レジンによる支台築造		
フッ化物塗布			メタルコア		
5.抜歯			11.冠		
6.歯肉下歯石除去 / 根面平滑化			材料		
盲嚢搔爬			12.ブリッジ 支台歯		
7.歯髄覆罩			材料		
歯髄切断・抜随			ダミー		
根管治療			13.有床義歯		
1 根管			材料		
2 根管			14. その他(内容を明記)		
3 根管					

合計

翻訳者の署名・押印欄

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

