

記入例	月	日	取 得	年	月	日	伺い年月日	年	月	日
	月	日	喪 失	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	
	日間		受付NO							
支給額		円								

被保険者
家 族

海外療養費支給申請書（歯科）

令和〇年 〇月 〇日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者等の記号番号	560 00000	被保険者の氏名	健保 太郎			
	請求者の現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇					
	事業所名称	ユニプレス〇〇株式会社					
	傷病名	う蝕（虫歯）		発病または負傷の年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 （負傷の場合は 〇 時頃）		
	発病または負傷の原因	宿泊先で朝食を食べていたら歯が痛くなった。 第三者の行為による傷病か はい・いいえ 届出の有無 ある・ない					
	診療を受けた病院等の国名	中国		名称	〇〇〇歯科医院		
	診療を受けた病院等の住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
	診療の内容	虫歯の治療と、痛み止めの薬を処方された					
	診療の期間	通院	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日 〇 日間				
		入院	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日 〇 日間				
治療に要した費用の額	〇〇〇元			(貨幣単位 元)			
換算レート ※健保記入							
申請が被扶養者に関するときはその者の							
氏 名	健保 花子		生 年 月 日	令和〇年 〇月 〇日生		被保険者との続柄	長女

※在籍者は、受取代理委任欄を記入、喪失者の場合は支払金融機関欄を記入して下さい。

支払金融機関欄	□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。（利用する場合は☑ 利用しない場合は以下の欄を記入。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。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。							
	フリガナ		フリガナ	銀行・農協 信用金庫 労働金庫				本店 支店
	口座名義 （登録氏名）		金融機関					
預金種別	普通 ・ 当座		口座番号					
委任欄	本請求に基づく給付の受領を代理人（事業主） <u>ユニプレス〇〇株式会社</u> に委任致します。			受 付 印				
	申請者氏名 <u>健保 太郎</u>							

Request to Attending Dentist

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は、患者の社会保険給付を受けるために医師に証明を依頼するものです。

2. This form should be completed by the attending dentist.

この様式は担当医が書き添えます。

3. One form for each month and for each admission.

毎月ごと、入力・入院毎に提出してください。

医師に証明をお願いしてください。

Form A

様式 A

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male · Female)
患者名 年令 (生年月日) 性別 (男 · 女)

2. Name of Illness _____
傷病名

3. Date of First Diagnosis : _____, 20____
初診日

4. Day of diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間

5. Localization of Teeth
部位

Permanent Teeth 永久歯																Deciduous Teeth 乳歯										
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																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	

Tooth No. of Letter	Dental Treatment (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used. ETC.)	Date

6. Name and Address of Attending Dentist

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Dentist 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

Request to Attending Dentist or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は、患者の社会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 for
hospital/

こ

・医師に証明をお願いしてください。

3. One for

毎月ごと

・領収書とFormBに記載された金額が合致しているかも確認してください。

4. If not in

ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Form B

様式 B

Itemized Receipt

領 収 明 細 書

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 看歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料		\$
(2) Fee for follow-up Office Visit	再 診 料		\$
(3) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費		\$
(4) Laboratory Tests	諸 検 査 費		\$
(5) Scaling	歯 石 除 去		\$
(6) Root canal Treatment	根 管 治 療		\$
(7) Extraction	抜 歯		\$
(8) Filling	充 填		\$
(9) Inlay	イ ン レ ー		\$
(10) Metal Crown	金 属 冠		\$
(11) Post Crown	継 続 歯		\$
(12) Jacket Crown	ジャケット冠		\$
(13) Bridge Work	ブ リ ッ ジ		\$
(14) Plate Denture	有 床 義 歯		\$
(15) Medicines	医 薬 費		\$
(16) The others (Specify)	そ の 他 (特 記)		\$
			\$
			Unit is _____ 貨幣単位
(17) Total	合 計		\$

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending dentist / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last _____ First _____ Title _____
名前 姓 名 称号

Address : Home 自宅 _____ Phone _____

住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date _____ Signature _____
日付 署名

■邦訳（様式 A）

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

- ・FormA・B(様式A・B)の邦訳を記載願います。
- ・翻訳者（被保険者と利害関係のない第三者がのぞましいが、被保険者本人でも可）の住所・氏名・捺印を忘れずをお願いします。
- ・翻訳費用は、健保へは請求できません。申請者の負担となります。

5. 部位（症状の概要）

■邦訳（様式 B）

(16)その他（項目明記）

	翻訳者記入欄	
名前		印
住所	電話	

患者 (patient)

海外で受診された方についてご記入ください。

患者名 (Name of patient) 健保 花子

住所 (Address) ○○○○○○○○

生年月日 (Date of birth) Year 令和○ Month ○○ Day ○○

ユニプレス健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、健保 花子は、貴組合の職員又は貴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 (療養行為を行った日時、場所、療養内容) 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。

To: UNIPRES Health Insurance Association

I (patient who has received treatment) authorize UNIPRES Health Insurance Association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者 (本人が未成年の場合)、成年後見人 (本人が成年被後見人の場合)、法定相続人 (本人が死亡している場合) が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign his/her own signature. If the insured person is a minor, guardian (insured person is under age), guardian of the estate (insured person is dead) shall sign one's signature.

- ・署名は治療を受けた方本人が、自筆ください。
- ・未成年の場合は、被保険者が署名してください。
- ・日付欄は、署名した日を記載してください。

氏名 (Signature) 健保 太郎

住所 (Address) ○○○○○○○○

日付 (Date) Year 令和○ Month ○○ Day ○○

患者との関係 (Relation to the insured)

: 本人(Self) 親権者(Guardian) ・ 法定相続人(Heir) ・ その他(Other) []

※ 本同意書の有効期限は署名日から 1年間です。

※ This agreement of authorization expires one year after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.