

支給額	円
-----	---

請求額	円
一部負担	円

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
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  
家族 海外療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	—	事業所の 名称・所在地	〒		
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			生年月日	年	月 日
傷病の経過					
入院・外来の別	入院・外来		診療を受けた国名		
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		所在地 及び 電話番号		
	氏名				
診療又は手当の内容	入院期間 ~				
診療又は手当を 受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)		診療又は手当に 要した費用		
海外療養を受けた理由	旅行・駐在・その他( )				
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	年 月 日	被保険者 との続柄

<p>日本信号健康保険組合 理事長 殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>尚、私は 貴組合がこの請求内容について海外療養担当者、事業主等に照会することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p>
---

\* 在職中の方は事業主経由で療養費を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	<p>本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。</p> <p>事業所名</p> <p>被保険者氏名</p>
-----	---

受付印

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 form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎につきこの様式が1枚必要です。

**Attending Physician's Statement**  
**診療内容明細書**

- 1 Name of patient(Last,First)      Date of Birth      Sex(Male・Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別(男・女)
- 2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 \_\_\_\_\_
- 3 Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_  
初診日
- 4 Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診療日数
- 5 Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization:      From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (      days)  
入院      自      至      日間  
 Out patient or Home Visit: \_\_\_\_\_  
入院外
- 6 Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)  
症状の概要
- 7 Prescription, operation and any other treatments(in brief)  
処方、手術その他の処置の概要
- 8 Was the treatment required as a result of an accidental injury?    Yes       No   
治療は事故の傷害によるものですか。      はい      いいえ
- 9 Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician : Form B  
治療実費      様式 B

Reference Number of your Medical Record(if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

Itemized Receipt  
領収明細書(歯科)

Localization of Teeth 部位																																																					
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯																																																				
R <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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></tr> <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></tr> </table>   <table style="display: inline-table; 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></tr> <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></tr> </table> L	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	R <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>   <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> </table> L	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A
8	7	6	5	4	3	2	1																																														
1	2	3	4	5	6	7	8																																														
1	2	3	4	5	6	7	8																																														
1	2	3	4	5	6	7	8																																														
E	D	C	B	A																																																	
A	B	C	D	E																																																	
A	B	C	D	E																																																	
E	D	C	B	A																																																	

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Periodontal Diseases 歯周病	4. The Others その他
+	+	+	+
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of 患歯部位 Teeth Examined	Material 材料	Fee 治療費
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 抜髄			
*Extraction 抜歯			
*Root Canal Treatment 根管治療			
*Root Canal Filling 根管充填			
*Filling 充填			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown 継続歯			
*Jacket Crown ジャケット冠			
*Bridge Work ブリッジ			
*Abutment 支台			
*Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯(design, clasp, bar etc) Full Denture 総義歯			
*Treatment of 歯周病処置 Periodontal Diseases			
*Medicine 投薬			
*Anesthesia 麻酔			
*The Others その他			

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 Hospital or Clinic

病院または診療所の名称・住所

Name

名称

Address

住所

Phone

Date

日付

Signature of Dentist

担当医署名

翻訳者氏名

