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	被扶養者の氏名		生年月日	年　月　日	被保険者との続柄

日本信号健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請します。

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。

年　月　日

被保険者の 住　所

氏　名　　(印)

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

受付印

日本信号健康保険組合

Form C

様式C

Request to Attending Physician　担当医へのお願い

1.please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
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。
2.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。
3.One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(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

1.Name of Patient(Last,First)　患者名 _____

Age(Date of birth)　年齢(生年月日)____.____.____

Sex(Male ・ Female)　性別 男 ・ 女

2.Date of first Diagnosis　初診日 ____.____.____

3.Days of Diagnosis and Treatment　診療日数 _____ days

Permanent tooth　永久歯

	(RIGHT)																(LEFT)
(Upper)		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
(Lower)		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Primary tooth　乳歯

	(RIGHT)											(LEFT)
	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	
	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	

Name of Illness　傷病名

1.Dental Caries う蝕症	2.Missing Teeth 欠損	3.Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4.The Others その他

Type of Treatment　治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit　初診料					
X-Ray Examination　ﾚﾝﾄｹﾞﾝ検査					
Dental Pulp Extirpation　抜髄					
Operation　手術					
Extraction　抜歯					
Filling　充塡					
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					
Plate 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					
Medicine　投薬					
The Others　その他					
				Total　合計	

Name and Address of Attending Physician　担当医の名前及び住所

Name　Last(姓)　First(名)　Title(称号)

Address　Home(自宅)　Phone(電話)

Office(病院または診療所)　Phone

Date(日付)　・　・　Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicab 診療録の番号