被保険者･被扶養者　# 海外療養費支給申請書（歯科用）

被保険者等の記号・番号	－	事業所の名称				
被扶養者（家族）に関する申請のとき	被扶養者氏名		被扶養者生年月日	年　月　日	被保険者（本人）との続柄	
海外療養費支給要件と必要添付書類 **領収書は原本を添付のこと（コピー不可）**	支給要件		必要添付書類			
	海外に在住中、出張、旅行中に、海外の医療機関へ受診した場合。 **※但し、治療目的で海外へ渡航した場合は海外療養費の支給対象外とする。**		⇒○「診療内容明細書（日本語翻訳）」「領収明細書」 ※医科・歯科書式が異なります。 ※日本語翻訳文には、翻訳者住所・氏名記載 ○「領収書」（原本）			
交通事故等第三者行為災害による負傷ですか	はい　・　いいえ ※「はい」の場合、「第三者行為災害届」を添付してください。 （既に提出している場合は不要）		通勤途上・業務上による負傷ですか	はい　・　いいえ		
傷病名						
診療又は手当の内容（詳しく記載）						
発病・負傷年月日	（和暦）　年　月　日	診療に要した費用	現地通貨		日本円	円
診療又は手当を受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日（　）日間			左記の内、入院期間 年　月　日～　年　月　日		
振込希望銀行（日本の金融機関）	銀行　支店（普通・当座）No （支店番号　）			※被保険者本人名義の口座（家族不可） カナメイギ（　） ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付		

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり海外療養費を請求いたします。

年　月　日

被保険者の　住　所　〒　－

氏　名　　印

電話番号（　）

※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。

※振込希望銀行は日本国内の金融機関に限ります。

※被保険者の住所は、日本国内の連絡先を記載してください。支給（不支給）決定通知書をお送りします。

※海外療養費は実際に支払った金額がそのまま戻ってくるという制度ではありません。
実際に治療（処置）した内容に基づき、日本の医療保険にあてはめて点数化（算出）し、その額と現地で支払った金額を比較し、低い方を基準に、7割（8割）（日本の保険給付割合）を給付します。
一般的に、海外での治療は日本に比べ高額です。「診療内容明細書」が算定の基準になりますので、具体的に記載していただくよう、お医者様にお願いしてください。

Attending Dentists Statement
診 療 内 容 明 細 書（歯科）※医科受診は医科用を使用

○This form is used for claiming the health insurance benefit.
（この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。）

○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。）

○One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
（各月毎、入院・入院外毎に付この様式が１枚必要です。）

○Separate receipt required for prescriptions.
（薬剤料は別に処方箋を添付のこと）

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

Age (Date of Birth) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ Sex(Male･Female) Male☐ Female☐
（年齢（生年月日）） （性別（男・女））

２． Name of Illness or Injury ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（傷病名）

３． Date of First Diagnosis： D ／ M ／ Y ＿＿／＿＿／＿＿
（初診日） （日） （月） （年）

４． Duration of Treatment：＿＿＿＿days
（診療日数） （日）

５． Type of Treatment
（治療の分類）

☐Hospitalization: From＿＿／＿＿／＿＿ , to＿＿／＿＿／＿＿ (days)
（入院） （自） （至） （日）

☐Out patient or Home Visit：＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿
（入院外） ＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿

６． 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））

７． Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)
（症状（詳しく記載してもらってください））

Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯																	
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	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	

Milky Tooth 乳歯											
	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

８． Prescription, examination, Operation and Any other treatments (in detail)
（処方、検査、手術その他の処置（投薬名、検査名、数量（回数）等、具体的に記載してもらってください））

９． Name and Address of Attending Physician
（担当医の名前及び住所）

Name ：Last _____ Firs _____
（名前） （姓） （名）

Office： _____ phone _____
（病院又は診療所名） （電話）

Address：_____
（住所）

Date：_____ Signature_____
（日付） （署名）

Attending Physician 担当医

翻訳（診療内容明細書（歯科））

７．症状（詳しく）

８．処方・処置・検査・レントゲン・その他
（投薬名・検査名、数量（回数）等、具体的に記載）

	翻　訳　者
名前	
住所	
電話	

RECEIPT (DENTAL)
歯科領収明細書

Services診療内容	Tooth No. 歯式	Fee料金	Services診療内容	Tooth No. 歯式	Fee料金
1.Examination診察			8.Filling充塡Amalアマル ガム 1serf		
2.X-rayﾚﾝﾄﾄｹﾞﾝ診断			2serf		
Bite-Wings咬翼型 ×			3serf		
Periapical標準型 ×			Comp. 複合ﾚｼﾞﾝ 1serf		
Panoramicﾊﾟﾉﾗﾏ×			2serf		
Modelsｽﾀﾃﾞｨﾓﾃﾞﾙ			3serf		
3.Medication投薬		Yes/No	9. Inlay / onlay		
4.Prophylaxies歯垢／Scaling歯石除去			10. Amal. / Comp. Bulid-up		
Fluorideフッ化物塗布			ｱﾏﾙｶﾞﾑ・複合ﾚｼﾞﾝによる支台築造		
5.Extraction抜歯			Post c core ﾒﾀﾙｺｱ		
6.Periodontal Scaling歯肉下歯石除去			11.Crown Porcelain/Gold		
／Root Planing根面平滑化			冠 ﾎﾟｰｾﾚﾝ 金		
Gingival Curettage盲義掻爬			Silver Alloy 銀合金		
7.Pulp Cap歯髄覆			Other その他		
Pulpotomy歯髄切断・抜髄			12.Bridge Workﾌﾞﾘｯｼﾞ Abut支台歯		
Root Canal Therapy 根管治療					
1.canal					
2.canal					
3.canal			Ponticﾀﾞﾐｰ		
根管					
			13.Plate Denture有床義歯		
			14.Otherその他(		
				Total Fee 合計	

Name and Address of Dentist / Office
(歯科医師の氏名及び住所又は歯科病院の名称及び所在地)

Name (名前) : Last (姓) _____ Firs (名) _____

Office : (病院又は診療所名) _____ phone (電話) _____

Address : (住所) _____

Date : (日付) _____ Signature (署名) _____