

同年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日
合計支給額				円
支給内訳	款	項	目	支給額
	法定			円
	高額			円
	付加			円

常務理事	事務長	担当	台帳照合

被保険者 療養費 支給申請書(歯科)
 家族 療養附加金

【この申請書には、「領収明細書」等の添付が必要です。詳しくは、下記「記入上の注意」を参照してください。】

①被保険者の記号と番号	②事業所の名称		
③傷病名	④発病又は傷病の年月日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
⑤発病又は傷病の原因			
⑥傷病の経過			
⑦診療を受けた病医院の	(ア)名称	(イ)所在地	
⑧診療に従事した医師の	(ア)氏名	(イ)住所	
⑨診療の内容			
⑩診療の期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	⑪診療に要した費用の総額(薬代を含む)	
⑫ ⑩欄の期間中において診療を受けた実日数	日間	診療日を○月○日、○月○日…のように列記して下さい。	
⑬第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	⑭第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無 ある・ない 第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)
⑮申請が被扶養者に関するときはその者の	(ア)氏名	(イ)生年 月 日 昭和 平成 令和 年 月 日生	被保険者との続柄
上記の通り申請いたします。 年 月 日			
被保険者の	住所 氏名	印	

共同通信社健康保険組合

【記入上の注意】

- この申請にかかる外国語の部分は、翻訳文を別紙に記入して下さい。
- この申請書には、「領収明細書」「証書添付」「翻訳文」「赴任に際し、パスポートに出国押印されたページのコピー」「調査に関わる同意書」の添付が必要です。
- 別紙「領収明細書」の医師記入欄に医師の記入を受けることができない場合は、別紙にその理由を記入して下さい。

RECEIPT (DENTAL)
(領収明細書(歯科用))

- 注意**
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 and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
 - o Separate receipt required for prescriptions. (薬剤料は別に処方箋を添付のこと)

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

Name of Patient(Last,First) (患者名) Age(Date of Birth) (年齢、生年月日) Sex (Male・Female)

Permanent (疾病の名称および部位)

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Baby teeth (乳歯)

V IV III II I | I II III IV V
V IV III II I | I II III IV V

Identify examined teeth : (該当する部位を○でかこみ病名をつける)

cavity (C) (むし歯) missing teeth (F) (欠歯) pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis
(初診日)

Days of Diagnoses and Treatment
(診療を行なった実日数) ※⑩と同じ日数
days
(日間)

Office Visit Fees
(診断料)

Currency paid
(支払通貨)

Examination Fees
(検査料)

X-Ray Fee
(レントゲン)

Other
(その他)

Services (治療した歯の部位と治療の種類)
(Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記して下さい))

o filling (充てん)

o inlaying (インレー又はアンレー)

o capping (metal) (金属冠)

o Jacket capping (ジャケット冠)

o capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

o bridge (ブリッジ)

o partial artificial teeth (局部義歯)

o total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Total (計)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付)

証書添付

(領収書、処方箋 etc)

証書番号

金額

支払年月日 年 月 日

備考

翻 訳 文

(注)原文を上段に翻訳文を下段に記入して下さい。

〔 例. *Trauma to upper fornix of left eye.*
左目脳弓上部の外傷

Return for follow up visit.
再検査のため再来すること。 〕

翻訳者住所

翻訳者氏名

赴任に際し、パスポートに出国押印されたページのコピー

調査に関わる同意書

治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者

(患者名) _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同通信社健康保険組合 御中

私（療養を受けた者） _____ は、共同通信社健康保険組合の職員又は共同通信社健康保険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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを共同通信社健康保険組合に提示することも併せて同意します。