常務理事	検　印	担　当

記入例

決定年月日

歯科用　**健康保険 海外療養費 支給申請書**

1　2　3

退職者（申請者）記入用

記入日　令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日
被保険者等記号・番号（右づめ）	9 1	1 2 3 4 5 6 7	☑昭和 ☐平成　4 年 5 0 月 8 2 日 6
氏　名	（フリガナ）ケ ン ポ　タ ロ ウ 健保　太郎		
住　所	（〒 〇〇〇 －〇〇〇〇 ） △△県　△△市△△町△△番△△号△△		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 012（3456）789		

上記の通り支給を申請します。

パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、行われた療養の事実確認及び内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

申請内容

1 受診者	1　1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）氏名	家族生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日
2 傷病名	虫歯（う蝕症）	3 発病または負傷年月日	☐平成 ☑令和　4 年 12 月 13 日ごろ
4 発病の原因	（詳しくご記入ください）海外旅行中に虫歯の痛みが生じた。抜隋・充填の治療を行った。	6 診療期間	☐平成 ☐令和　4 年 12 月 15 日から ☐平成 ☑令和　4 年 12 月 20 日まで
5 受診国名 費　用	受診国名 タイ　金額 2,000（通貨 バーツ）	受診日数	5 日間　☐入院 ☑外来
7 やむを得ず海外で受診した理由	海外旅行中	必ずパスポート（氏名の頁・滞在国への出入国が確認できる頁）を添付してください。	
8 傷病発生の原因	今回の傷病は、労働災害・通勤災害・第三者行為によるものではありません。 1　1. はい　2. いいえ　2. いいえの場合･･･海外療養費の支給対象外となる可能性があります。別途、健保までお問合せください。	〔第三者行為による傷病の例〕交通事故、他人からの暴力、食中毒等	

上記の通り届出します。

令和　〇　年　〇　月　〇　日

書類の記入日を記載ください

「申請者記入用」は2・3ページに続きます〉〉〉

健保記入欄

健保記入欄

健保受付印

健康保険 海外療養費 支給申請書

退職者（申請者）記入用

被保険者氏名	

日本語訳

【診療内容明細書の内容について日本語訳をご記入ください】

《傷病名》

《症状の概要》

《処方・手術 処置の概要》

《その他（特記事項）》

【翻訳者署名 （被保険者でも可） 】

※パナソニック健保の資格を喪失されている場合は記入してください。

資格喪失（予定）者口座

金融機関コード			
金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他（ ）		本店 支店 出張所
預金種別	普通	口座番号	右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）		◆パナソニック健保の資格を喪失されている場合は被保険者（申請者）に送金するため、被保険者（申請者）名義の振込口座を必ずご記入ください。
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。 利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします） ☐ 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。		

チェックリスト

☐今回の申請事由は「治療目的での渡航」ではないですか？
※「治療目的での渡航」の場合、海外療養費の申請対象とはなりません。

☐被保険者本人の署名もしくは押印を行いましたか？

☐診療内容明細書もしくは現地医療機関発行の領収書の原本は添付されていますか？

☐パスポートの顔写真部分および出入国日が分かる部分のコピーは添付されていますか？

健康保険 海外療養費 支給申請書

Itemized Receipt(Dental)

診療内容明細書・領収明細書（歯科）※すべて現地の医療機関にて記入を依頼してください

Name of patient(患者名) _____ Age(年齢) _____ Sex 性別(☐ Male/☐ Female)

Date of First Diagnosis（初診日） _____ Days of Diagnosis and Treatment（診療日数） _____

Type of Treatment 治療の分類

☐Hospitalization 入院 From _____ to _____

☐Out patient or Home Visit 入院外 自 _____ 至 _____

Localization of Teeth（部位）

Permanent Teeth（永久歯）

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

Deciduous Teeth（乳歯）

L e d c b a | a b c d e R
L e d c b a | a b c d e

1. Name of Illness（傷病名）

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

2. Dental Treatment（歯科治療）	Localization of Teeth Examined（患歯部位）	Material（材料）	Fee（治療費）
Initial Office Visit（初診科）			
X-Ray Examination（レントゲン検査）			
Dental Pulp Extirpation（抜髄）			
Extraction（抜歯）			
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）			
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）			
Others（その他）			
		Total（合計）	

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 _____

Address 住所 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____