

# 健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者  申 請 者  の 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____ —	事業所名				
	被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の住所	〒 _____ TEL _____ ( _____ )					
	傷病名		発病又は負傷 年月日		年	月	日
	発病又は負傷の原因		傷病の経過				
	診療又は手当を受けた医師・ 歯科医師等住所氏名	名称				医師名	
		所在地					
	診療又は手当の内容						
	コルセット等装具装着年月日		年	月	日	装着	
	診療又は手当の期間	年	月	日から	日間	診療又は手当に要した 費用の額	金
	年	月	日まで				
保険診療を受けることが できなかった理由							
傷病が第三者の行為によ るものであるときはその事 実、及び第三者の住所氏 名							
申請が被扶養者に関する ものであるときはその氏名		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
		(フリガナ)	普通 当座 その他( )		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			委任者との関係( )	受付年月日
	年 月 日				
	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 氏名	住所	住所		
			電話 ( )		
	氏名	氏名			

※裏面の注意事項を参照のうえ、申請する際は添付書類を忘れないようにして下さい。

# 海外療養費について

海外で、病気やけがにより、やむを得ず現地の医療機関を受診された場合は、その治療費について療養費（海外療養費）として払い戻しが受けられます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療に限られ、治療目的で海外へ渡航した場合などは支給対象外となります。

## 申請に必要な書類

医科の場合	歯科の場合
①療養費支給申請書	①療養費支給申請書
②様式 A（診療内容明細書）	②歯科診療内容明細書
③様式 A の翻訳	③歯科領収明細書
④様式 B（領収明細書）	④領収書（原本）
⑤様式 B の翻訳	⑤旅券、航空券その他海外に渡航していた事実が確認できる書類の写し（パスポートなど）
⑥領収書（原本）	⑥療養を担当した医師等に照会するときのための同意書
⑦旅券、航空券その他海外に渡航していた事実が確認できる書類の写し（パスポートなど）	
⑧療養を担当した医師等に照会するときのための同意書	

## 申請の手続き

- ・申請書類は、受診者、診療月・医療機関・入院・外来ごとにそれぞれ 1 枚ずつ作成してください。
- ・医科・歯科とも②及び③については治療を受けた医師に記入してもらってください。外国語で作成している場合は翻訳が必要となります。
- ・現地で支払った領収書についても診療内容を確認するため、別途翻訳をお願いする場合があります。

## 《留意事項》

- 美容目的や治療目的など、日本で保険診療が認められていないもの及び業務上によるけが等は療養費の対象外です。
- 支給額は、日本国内で同様の病気又はけがを治療した際にかかる保険診療の費用（10 割）の実績に基づき算定した額を基に計算をします。ただし、実際に海外で支払った治療費（円換算した額）が、算定した額を下回る場合は、実際に海外で支払った治療費を基に計算をします。  
日本と海外では、医療体制や治療方法などが異なるため、実際に海外で支払った治療費から自己負担額を控除した額よりも支給額が大幅に少なくなることもあります。
- 治療費の支払日の翌日から 2 年を経過した場合は、時効により申請ができなくなります。
- 海外へ直接送金及び支給決定通知書の送付はしませんので、日本国内の金融機関口座と住所をご記入ください。被保険者以外方の口座へ振込みを希望する場合は、療養費支給申請書の受取代理人欄で受領の委任ができます。

## Request to the Dental Surgeon

歯科

## 歯科医師へのお願い

- Please fill in 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。
- This form should be completed and signed by the Dental Surgeon.  
この様式は歯科医師が書きかつ署名してください。
- One form for each month should be filled out. 各月毎にこの様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit useドル以外の貨幣の場合はそのむねを書いてください。

## Itemized Receipt(Dental)

## 領収明細書(歯科)

Name of Patient(last,first) \_\_\_\_\_ Age(Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex(Male・Female)  
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_ Days of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯
R 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L	R e d c b a   a b c d e L
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	e d c b a   a b c d e

## I. 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

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

## II. Dental Treatment 歯科診療

Dental Treatment 歯科診療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1.Initial Office Visit 初診料			\$
2.X-ray Examination X線検査			\$
3.Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4.Extraction 拔牙			\$
5.Filling 充填			\$
6.Inlay インレー			\$
7.Metal Crown/resin 金属冠			\$
8.Post Crown 継続歯			\$
9.Jacket Crown ジャケット冠			\$
10.Bridge Work ブリッジ			\$
11.Plate Denture 有床義歯			\$
Pratial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯			
12.Treatment of 歯槽膿漏 Pyorrhea Alvolaris 処置			\$
13.Medicine 投薬			\$
14.The Others その他			\$
15.Total 合計			\$

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の氏名及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
 Adress 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 : Office 歯科医院 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

## ※ 歯科の請求にあたっての注意事項

- 歯の矯正は支給対象にはなりません。ただし、先天性唇顎口蓋裂は支給対象になります。

This form is used for claiming the health insurance benefit.  
 この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。  
 ATTENDING DENTIST'S STATEMENT  
 歯科診療内容明細書

歯 科

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex 性別  M  F  
 男 女

Initial Office Visit 初診日 \_\_\_\_\_ Days of Services 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Tooth Number 歯式	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯
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 -L	R- e d c b a   a b c d e -L e d c b a   a b c d e -L

Services 診療内容	Teeth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Teeth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察		_____	8. Filling 充填	Amal 1serf アマル 2serf ガム 3serf	_____ _____ _____
2. Xray レントゲン	Bite-wings 咬翼型 × Periapical 標準型 × Panoramic パノラマ ×	_____ _____ _____	Comp 複合レジン	1serf 2serf 3serf 面	_____ _____ _____
Models スタディモデル			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	10. Amal / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 歯石除去		_____	Post c Core メタルコア		_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	11. Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金	_____ _____
5. Extraction 拔牙		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	Others その他		_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	_____ _____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Pontic ダミー		_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
Root Canal Therapy 根管治療	1 Canal 2 Canal 3 Canal 根管	_____ _____ _____ _____	14. Other その他		_____

Total Fee \_\_\_\_\_

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

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

治療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(Starting date of medication Year Month Day)

患者  
(Patient)

患者名  
(Name of patient)

住 所  
(Address)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(Date of birth Year Month Day)

大阪自転車健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 \_\_\_\_\_ は、大阪自転車健康保険組合の職員又は、大阪自転車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、療養行為を行なった者に照会を行い、該当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、パスポートを大阪自転車健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To Osakajitensha health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Osakajitensha health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄  
(Signatere)

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏 名  
(Signature)

住 所  
(Address)

日 付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(Date) (Year) (Month) (Day)

患者との関係 : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
(Relation to the insured : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other )

※本同意書の有効期限は署名日から3カ月間です。

※This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.