

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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。
- 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。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form C
様式 C

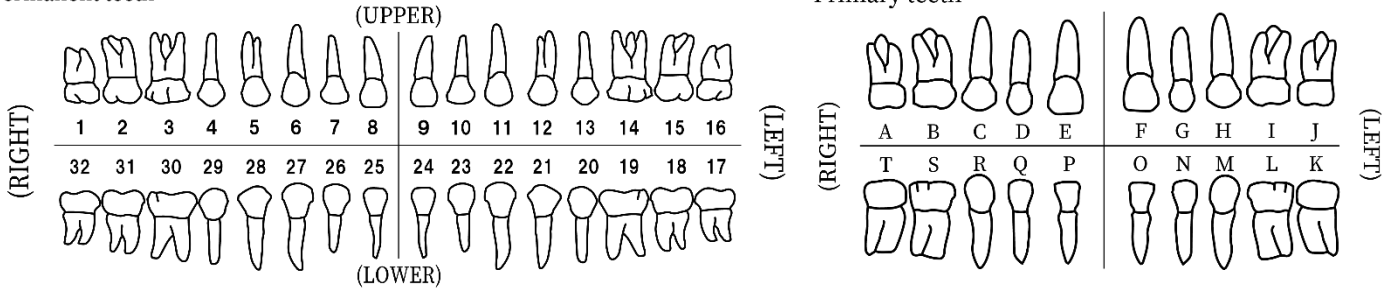
Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 _____	Sex Male • Female 性別 _____
Date of Initial Visit (D/M/Y) 初診日 _____	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days	Medical Record Number 診療録番号 _____

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth

Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー *Material 素材()					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()					
Post Crown 継続歯 *Material 素材()					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()					
Bridgework ブリッジ *Material 素材()					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

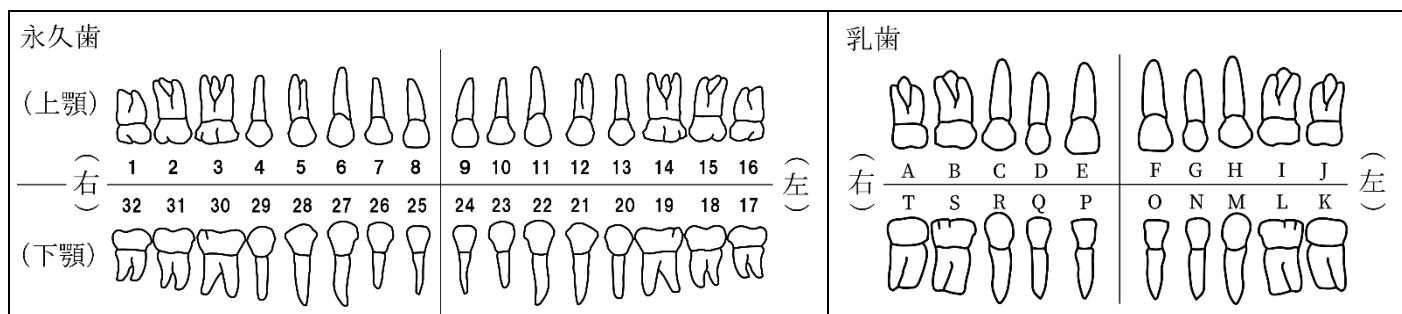
Name of Dentist: (担当歯科医)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話

様式 B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

印

電話

○提出書類

一般診療（医科）の場合

- 1 海外療養費支給申請書
- 2 様式A 診療内容明細書
※ 健康保険用国際疾病分類番号をご証明いただく場合は、「国際疾病分類」を参照してください。
- 3 様式B 領収明細書
- 4 領収書原本
- 5 様式A及びBの日本語訳
※ 翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。
- 6 受診者の海外渡航期間が確認できる書類
以下のいずれかを添付してください。
 - a) パスポートのコピー（①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ）
 - b) 査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの）
 - c) 航空チケットのコピー（e チケット控えを含む）

歯科診療の場合

- 1 海外療養費支給申請書
- 2 様式C 歯科診療内容明細書
- 3 様式B 領収明細書
- 4 領収書原本
- 5 様式B及びCの日本語訳
※ 翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。
- 6 受診者の海外渡航期間が確認できる書類
以下のいずれかを添付してください。
 - a) パスポートのコピー（①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ）
 - b) 査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの）
 - c) 航空チケットのコピー（e チケット控えを含む）

様式A～Cの記載について

- ・ 審査を行うにあたり、とても重要な書類のため、証明していただく海外の医療機関には、できるだけ詳細に証明していただくよう、お願いしてください。特に、様式Aの傷病名や疾病分類番号、様式Bの通貨単位は、必ず記載してください。
- ・ 1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関での証明が必要です。
- ・ 被保険者、受診者等による記入はできません。担当医に記入・署名をご依頼ください。

○注意事項

- ・海外で治療費の支払いをした翌日から2年を経過すると、時効により申請できなくなります。
- ・療養（治療）の目的で海外へ渡航し診療を受けた場合や日本で実施できない診療（治療）、日本国内で保険適用となっていない医療行為・薬は支給対象になりません。
- ・日本と海外で医療体制や治療方法が異なるため、実際に支払った金額よりも、支給金額が大幅に少なくなる場合があります。
- ・海外への直接送金はできません。事業主または日本在住のご家族に受け取りを委任してください。
（海外療養費支給申請書の受取代理人の欄にご記入ください。）
- ・海外療養費の審査には、通常、数か月お時間をいただきます。