

支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円	疾病コード () 点			
資格	取得	年 月 日	<input type="checkbox"/> 歯科 ・ <input type="checkbox"/> 調剤		
	喪失	年 月 日			
療養	開始	令和 年 月 日			
	終了	令和 年 月 日			

健康保険 被保険者・家族 海外療養費支給申請書 歯科用

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	123 4567	② 事業所の 名称	〇〇〇〇(株)		
	③ 被保険者の (申請者)の 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	××年 5 月 5 日	
	⑤ 被保険者の (申請者)の 住所	〒 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇×〇 電話 (×××)××××-××××				
	⑥ 被扶養者 ※申請が被扶養者に 関する場合のみ記入	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者との 続柄 本人
	⑦ 傷病名	虫歯	発病又は負傷 年 月 日	××××年 3 月 9 日		
	⑧ 発病又は負傷の原因 及びその経過	奥歯が痛く、腫れてきた		⑨ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい		
	⑩ 診療を受けた医療機関	名称	〇〇〇〇〇 DENTAL CLINIC	診療した 医師名	〇〇〇〇〇	
		所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇××〇		国名	香港
	⑪ 診療の期間 (支給期間)	自 ××××年 5 月 25 日	至 ××××年 5 月 29 日	2 日間	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤
	⑫ 診療の内容	神経を抜き、詰めた	⑬ 診療に要した 費用	502	通貨の種類 { HKD }	

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和××年 7 月 18 日	
	被保険者 (申請者)の住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇×〇
	氏名	健保太郎
	代理人の事業所名	〇〇〇〇株式会社
	氏名	〇 〇 〇 〇

受 付 印	

- 【添付書類】
- ・診療内容明細書 (様式 A または様式 C)
 - ・診療内容明細書の日本語訳 (様式 A または様式 C)
 - ・領収明細書 (様式 B)
 - ・領収明細書の日本語訳 (様式 B)
 - ・領収書の原本