

りそな健康保険組合 御中

- 本人(被保険者)
 家族(被扶養者)

療養費支給申請書

所属 長印	
----------	--

被保険者証 記号 番号	(フリガナ)		印
	被保険者名 (申請者名)		
事業所の名称	銀行(又は会社名) (〃) 支店(部) 内線		
療養を受けた方	氏名 (年 月 日生)	被 保 険 者 の 続 柄	「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名			
傷病の原因と経過 (できるだけ詳しく)	交通事故、喧嘩等(第三者の行為)、または業務上による傷病ですか。 (はい ・ いいえ)		
診療を受けた 医療機関 名称 所在地			担当医
診療期間	年 月 日より 年 月 日まで 日間		
症状の概要	担当医が記入した「診療内容明細書」の日本語訳を記入してください。		
処方・手術など処置の概要	担当医が記入した「診療内容明細書」の日本語訳を記入してください。		
診療に要した費用の額	現地通貨でご記入ください。 (通貨)		【健保使用欄】 日本円換算 円

- 現地医療機関発行の領収書(原本)を必ず添付してください。
支払方法によっては領収書が発行されない場合があるのでご注意ください。
- 傷病名等は日本語で記入してください。
- 診療費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
- 各月毎、各医療機関毎、入院・通院毎に申請書が必要です。

【健保使用欄】

常務理事	検印	係	被扶養者 資格確認

(海外勤務者用)

支給決定日		
支給期間		年 月 日より 年 月 日まで
支給決定額		円
内 訳	療養費	円
	高額療養費	円
	還元金・付加金	円

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

Name of Patient (Last, First) 患者名	
Name of Illness or Injury 傷病名	
Date of First Diagnosis 初診日	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 days
Type of Treatment 治療の分類 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 from to <input type="checkbox"/> Out Patient or Home Visit 入院外 from to	
Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要	
Prescription, Operation and any other Treatments (in brief) 処方・手術など処置の概要	

Itemized Receipt (Dental) 領収明細書(歯科)

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Examination	診察		
Extraction	抜歯		
Filling	充填		
Inlay	インレー		
X-ray Examination	X線検査		
Crown	冠		
Bridge Work	ブリッジ		
Plate Denture	有床義歯		
Medicine	投薬		
Others (Specify)	その他		
Total	合計	---	---

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

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

Name 名前
Address 住所

- 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。
- This form is used for claiming the health insurance benefit.
この様式は健康保険の給付申請に使用されます。
- One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。

(歯科用)