

●ご注意: 申請は、1ヶ月単位(暦月1日～末日分)でまとめて記入をお願いします。

提出日 令和 年 月 日

健 保 記 入 欄	支給決定額	診療日数	摘要			常務理事	事務長	担当者
	円	日	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	令和 年 月 日支払			
社保								

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	海外(<input type="checkbox"/>被保険者(本人)療養費 ・ <input type="checkbox"/>家族療養費)申請書 (☑)で記入をお願いします				
	被保険者等の記号・番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	被保険者の氏名	診療を受けた医療機関名	種別
	—				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他(はり・きゅう、あんま・マッサージ、補装具)
	療養を受けた者の氏名	本人との続柄	生年月日	発病又は負傷年月日	傷病名
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	発病の原因及び経過(詳しく)		治療内容の詳細(できるだけ詳しく)		診療を受けた期間(1ヶ月単位(暦月)でまとめて記入)
	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが (詳しく記入:)				令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間
	療養の給付を受けることができなかった理由		療養を受けた者の海外渡航期間		療養に要した費用額(通貨名称 例:アメリカドル)
	<input type="checkbox"/> 海外勤務中 <input type="checkbox"/> 海外出張中 <input type="checkbox"/> 海外旅行中 <input type="checkbox"/> 海外留学中 <input type="checkbox"/> その他「 」		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日		(通貨名称)
	歯科の場合は以下を必ず具体的にご記入ください				給付金振込先(振込希望機関)
	●治療箇所...治療した箇所(番号)に○印をつけてください				銀行 支店
	永久歯(部位)		乳歯(部位)		口座番号 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座
R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L	上の歯	R E D C B A A B C D E L	<input type="checkbox"/> 口座名義(カタカナ)		
R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L	下の歯	R E D C B A A B C D E L	公金受取口座		
●治療内容の詳細... (例)右上7番(永久歯)が虫歯(C3)のため、歯を削り銀の被せをした				<input type="checkbox"/> 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 (利用する場合は☑、利用しない場合は給付金振込先を記入)	
上記の通り申請いたします。		被保険者住所			
エクセディ健康保険組合理事長 殿		被保険者氏名(本人署名)			

Form A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. 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) _____
 2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance ([See the other side of this form](#))
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号
 3. Date of First Diagnosis : D / M / Y ____ / ____ / ____
初診日 日 / 月 / 年 ____ / ____ / ____
 4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日
 5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ / ____ / _____, to _____ / ____ / _____ (days)
入院 自 _____ / ____ / _____ 至 _____ / ____ / _____ (日間)
 Out patient or Home Visit : _____ / ____ / _____ ____ / ____ / ____
入院外 ____ / ____ / _____ ____ / ____ / ____
 6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
 7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
 8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
 9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式B
 10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name名前 : Last姓 _____ First名 _____ Title 称号 _____
Address住所 : Home自宅 _____ phone電話 _____
Office病院又は診療所 _____ phone電話 _____
Date日付 : _____ Signature署名 _____
Attending Physician担当医
- Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

翻訳用紙 (Form A の続紙)

6 症状の概要

7 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏 名	
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —

Form B

Itemized receipt

領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$ _____	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$ _____	
(3) Fee for home visit	往診料	\$ _____	
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$ _____	
(9) Medication	医薬費	\$ _____	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____	
(12) Others(specify)	その他 (項目明記)	\$ _____	\$ _____
(13) Total	合計	\$ _____	

Important :Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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 : Last _____ First _____ Title _____
姓 名 称号

Address Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

住所

Date : _____ Signature _____

日付

署名

翻訳用紙 (Form B の続紙)

12, その他 (項目明記)

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏 名	
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —

Form A・B

RECEIPT (DENTAL)

診療内容明細書 兼 診療領収明細書(歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い

1.Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.

(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。)

2.This form should be completed and signed by the attending physician. (この様式は担当医が記入し、署名してください。)

3.One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit)should be filled out.

(各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。)

Separate receipt required for prescriptions. (薬材料は別に処方箋を添付のこと。)

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) _____

Permanent (疾病の名称および部位)	Baby teeth (乳歯)								
<table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<table border="1"> <tr> <td>V IV III II I</td> <td>I II III IV V</td> </tr> <tr> <td>V IV III II I</td> <td>I II III IV V</td> </tr> </table>	V IV III II I	I II III IV V	V IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
V IV III II I	I II III IV V								
V IV III II I	I II III IV V								

Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける)

- ・Cavity (C) (虫歯) ・missing teeth (F) (欠歯) ・stomatitis (G) (口内炎)
- ・Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis(初診日) _____	Currency paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment(診療を行った実日数) _____ day(日間)	
Office Visit Fees(診断料) _____	
Examination Fees (検査料) _____	
X-Ray Fee(レントゲン) _____	
Other(その他) _____	

Services (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

- ・Filling (充てん)
- ・Inlaying (インレー又はアンレー)
- ・Capping (metal) (金属冠)
- ・Jacket capping (ジャケット冠)
- ・Capping connected (歯冠継続歯)
- Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)
 - ・Bridge (ブリッジ)
 - ・Partial artificial teeth (局部義歯)
 - ・Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)	Total (計)
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付) _____ / _____ / _____	

症状の概要

処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏 名	
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —