

# 被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書 ( 海 外 )

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記号				番 号					添付書類はクリップで留めてください	
	被 保 険 者 氏 名								事 業 所 名		
	住 所										
	申 請 対 象 者 氏 名						申 請 対 象 者 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日			
	傷 病 名						発 病 ・ 負 傷 の 年 月 日	平 成 ・ 令 和 年 月 日			
	発 病 ・ 負 傷 の 状 態 ・ 原 因	第三者行為(交通事故など)によるものですか ※ はい ・ いいえ									
	治 療 の 内 容										
	治 療 を 受 け た 医 療 機 関	名 称									
		所 在 地									
	治 療 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日	から	令 和 年 月 日	日 間	治 療 に 要 し た 費 用	現 地 通 貨				
日 本 国 内 で 療 養 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	1. 海外勤務者(家族帯同) ※2 必要な書類(①～④)					※2 必要な書類(①～⑤)					
	2. 旅行・出張・海外勤務者の家族(国内在住)					※2 必要な書類(①～⑤)					
	3. その他( )										

委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。									
	被 保 険 者 氏 名 .....									
事 業 所 代 理 人 氏 名 .....										
受付日付印										

※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

※2 必要な書類	
①	診療内容の明細(診療内容のわかる医師の証明書)
②	翻訳文(診療内容の明細が外国語の場合)
③	領収書(明細がわかるもの)
④	同意書
⑤	渡航していたことを確認できる書類(航空券やパスポートの写しなど)

添付書類はクリップで留めてください

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 に 代 えて マ イ ナ ン バ ー に よ り 申 請 す る 場 合 は 、 備 考 欄 に 被 保 険 者 の マ イ ナ ン バ ー を 記 載 し て く だ さ い 。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考 欄	
-------	--

支 給 支 払 決 議	支 給 額	円	伺 年 月 日		常 務 理 事	事 務 長		係
	支 給 期 間	年 月 日	から	年 月 日	日 間			
	区 分	海外 ( 医 科 歯 科 調 剤 )						

# 調査に関する同意書

Agreement of Authorization

被保険者証の記号・番号		記号				番号					
療養を受けた人	氏名 (Name of Patient)										
	生年月日 (Date of Birth)										
	住所 (Address)										

トピー健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)は、トピー健康保険組合の職員又はトピー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、療養行為を行った者に照会を行い、当該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、パスポートをトピー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: TOPY Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize TOPY 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・押印は、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、押印して下さい。

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.

(Signature)

治療を受けた人の氏名  
(Name of Patient)

印

患者との関係  
(Relation to the insured)

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人  
(Self) ・ (Guardian) ・ (Heir)

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

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。

Agreement of Authorization

この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

### Attending Dentist's Statement

#### 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex <input type="checkbox"/> M · <input type="checkbox"/> F 性別 男 女	
Initial Office Visit 初診日		Days of Services 診療日数			
Tooth No. 歯式					
Permanent Tooth 永久歯			Milky Tooth 乳歯		
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8			#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16		
R 8 7 6 5 4 3 2 1			L 1 2 3 4 5 6 7 8		
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25			#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17		
#A #B #C #D #E			#F #G #H #I #J		
R E D C B A			L A B C D E		
#T #S #R #Q #P			#O #N #M #L #K		
Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療			Comp. 1 serf 複合レジン		
2. X-ray レントゲン診断			2 serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3 serf		
Periapical 標準型 ×			Other(Material) その他		
Panoramic パノラマ ×					
Models スタディモデル			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			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 ← 歯垢除去			Post & Core マルコア		
Fluoride フッ化物塗布			11. Crown Porcelain / Gold 冠 ホーセレン・金		
5. Extraction 抜歯			Silver Alloy 銀合金		
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			Other(Material) その他		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			12. Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯		
7. Pulp Cap 歯髄覆罩			Pontic ダミー		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄					
Root Canal Therapy 根管治療					
1 Canal 根管					
2 Canal					
3 Canal					
8. Filling Amal. 1 serf 面 充填 アマルガム			13. Plate Denture 有床義歯		
2 serf			14. Other(Material) その他		
3 serf					
			Total Fee 合計		

Name 歯科医師の氏名	
Address of Dentist / Office 所在地	
Dentist Office Name 歯科医院の名称	
Date 日付	Signature 署名