

書類の提出先 在職者:雇用されている会社の担当者宛
(提出時点) 退職者:当健保海外療養費担当宛(任継/特退含む)

被保険者(請求者)記入欄

事業主(会社)記入欄

※被保険者記入欄は漏れなくご記入をお願いします。

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号・番号(左づめ) また は マイ ナ ン バ ー	記 号	番 号	マイナンバーを記入する場合、本人確認書類の添付必須(例:免許証、パスポート等顔写真あり)。			
	署名捺印 同 意 書	(フリガナ)	令和 年 月 日	③ 生 年 月 日	1. 昭和	年 月 日	2. 平成
	② ※右記を必ず確認の上、必要事項を漏れなくご記入ください。	KDDI健康保険組合 理事長 殿 KDDI健康保険組合が海外療養費支給申請書類にある事実(医療行為を行った日時、場所、療養内容等)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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。					
	④ 現 住 所	〒 - -					
⑤ 電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL	-	-	◆在職者⇒⑦を署名捺印してください(⑥不要) ◆退職者⇒⑥をご記入ください(⑦不要) ◆退職予定者⇒⑥記入、⑦署名捺印ください			
※ 退 職 者 必 須	⑥ 口 座 情 報	◆口座情報に誤りがないことを確認するため、通帳(写)またはキャッシュカード(写)を添付してください。 ◆任意継続/特例退職被保険者は記入不要です。					
	銀行名	本店	普通預金	口座名義(カナ)			
※ 在 職 者 必 須	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	住所・氏名・押印	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑧の代理人に委任します。				令和 年 月 日
	⑧ 委 任 状 代理人記入欄1	住所	事業所名	◆任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。			
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委 任 状 代理人記入欄2	事業所名	◆任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。				1 給与払い 2 個人払い

◆注意事項

- 被保険者は、①～⑦のうち必要な個所を全てご記入ください。
- 在職者は、**事業主経由**で給付金が支給されます。
その為、事業主を代理人とする⑦の委任状への署名・捺印が必要となります。
- 療養費支給申請書は、月ごと/人ごと/医療機関ごと/外来・入院ごとに分けてご記入ください。
ただし、医療機関から処方された調剤薬局につきましては、医療機関と合わせて1枚にまとめて頂いて構いません。
- 退職者(予定含む)が療養費支給申請書を申請する際は、必ず**通帳**または**キャッシュカードのコピー**を添付してください。
任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。
- 払い戻しの請求は、医師または医療機関等に診療の支払いをした日の翌日から数えて**2年**を経過すると時効となります。

受付日

被保険者氏名

※訂正の場合は、氏名欄②に押印した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	⑩ 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	⑩-1 家族の場合は その方の氏名	⑪ 生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 3. 令和	
	⑫ 疾病名	⑬ 発病または 負傷年月日	1. 平成 2. 令和	
	⑭ 発病の 原因 および 経過 (詳しく)	1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。 (原因および経過)		
	⑮ 診療を受けた 医療機関および 調剤薬局	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	(国名)	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	⑯ 診療を受けた期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日から	1. 平成 2. 令和 年 月 日まで	⑯-1 診療期間 日
	⑯-1 診療日	診療実日数		日
	⑯-2 上記の期間 に入院して いた場合は その期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日から	1. 平成 2. 令和 年 月 日まで	⑯-2 入院日数 日
	⑰ 療養に要した費用 の額	() 通貨単位を 記入してください(例:アメリカドル)		
⑱ 診療の内容				
⑲ 受診者の情報	<input type="checkbox"/> 申請書記入現在海外勤務中 <input type="checkbox"/> 申請書記入現在既に帰任(海外勤務中の病気、ケガ) <input type="checkbox"/> 海外旅行中の病気、ケガ (下部もご記入ください) 受診者の海外渡航期間 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			

◆ 本申請書と合わせて以下書類をご準備ください。

- 領収証**原本**
- 翻訳文
- 渡航した事実が確認できる書類 ※1
- 通帳またはキャッシュカードコピー ※2
- 本人確認資料 ※3

※1. パスポートのコピー。ただし、海外勤務者は除く
 ※2. 当健保資格喪失者の方のみ対象
 ※3. マイナンバーを記載した方のみ対象

Request to Attending Physician
 担当医へのお願ひ

(3/4)

1. Please fill in this form so that patient may claim the socila insurance benefit.
2. This form should be completed and sixed by the attending physician.
3. ※Please specify material,for items marked carreny.
4. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
5. Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.

Attending Physician's Statement
 診療内容明細書(歯科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別		<input type="checkbox"/> M 男		<input type="checkbox"/> F 女	
Initial Office Visit 初診日				Days of Services 診療日数		days 日間			
Outpatient or Home Visit									
Localization of Tooth 部位									
Permanent Tooth 永久歯					Deciduous Tooth 乳歯				
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16					#A #B #C #D #E #F #G #H #I #J				
R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L					R E D C B A A B C D E L				
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8					E D C B A A B C D E				
#32#31#30#29#28#27#26#25 #24 #23 #22 #21#20 #19 #18 #17					#T #S #R #Q #P #O #N #M #L #K				
Name of Illness 傷病名									
1.Dental Caries う蝕症		2.Missing Tooth 欠損		3.Periodontal Diseases 歯周病		4.The others その他			
Medical contents 診療内容			Fee 料金	Services 診療内容			Fee 料金		
1.Examination 診察				Comp 複合レジン 1.Serf					
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)					
Panoramic パノラマ ×				その他					
Models スタディモデル				※9. Inlay/Onlay(Material)					
3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no				インレー アンレー					
Medicine 投薬				10. Amal./Comp.Build-up					
4.Prophylaxies/Scaling				アマルガム・複合レジンによる支台築造					
歯石 ← 歯石除去				Post c Core メタルコア					
Fluoride フッ化物塗布				※Other(Material)					
5.Extraction 抜歯				その他					
6.Perio-dontal Scaling /Root planing				11. Crown 冠					
歯肉下歯石除去・根面平滑化				Porcelain/Gold ポーセレン・金					
Gingival Curettage 盲嚢搔爬				Silver alloy 銀合金					
7.Pulp Cap 歯髄覆				※Other(Material)					
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				その他					
Root Canal Therapy				12. Bridge Work ブリッジ					
根管治療 1 canal 根管				Abut (Material)					
2 canal				支台歯					
3 canal				Pomtic (Material)					
8.Filling 充填				ダミー					
Amal. アマルガム				※13. Plate Denture (Material)					
1.Serf 面				有床義歯					
2.Serf				※14. Other(Material)					
3.Serf				その他					
Unit is 貨幣単位				Total Fee 合計					

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地	
Date 月日	Signature 署名

◆邦訳（各項目の材質を邦訳すること）

(4/4)

8. 充填・その他
9. インレー・アンレー
10. 支台築造・その他
11. 冠・その他
- 12.ブリッジ
13. 有床義歯
14. その他(項目明記)

申請者の方へ

1. ※印がついている項目に医師の記入がある場合は上の邦訳部分に必ず和訳をつけて下さい。
2. 使用した材質は具体的にどのようなものか訳して下さい。

翻訳者

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____