

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。

記号・番号(左づめ)	記 号	1	2	3	番 号	4	5	6	7	8																			
① また は マイ ナン バー											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)。																		
被 保 険 者 記 入 欄	(フリガナ) ケンボ タロウ										年 月 日																		
	署名捺印書 健保 太郎										③生年月日 <input type="text" value="1"/> 1. 昭和 <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> 2. 平成 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>																		
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、当業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	〒 - XXN. S. W. Australia																												
⑤ 電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 - 1234 - 5678																												
◆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 (銀行名、口座情報、銀行別)										<ul style="list-style-type: none"> 提出時に在職している・・・⑦委任状に記入/捺印頂き、事業主様に送付してください。 提出時に退職している・・・⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。 近日中に退職を予定している ・・・⑥口座情報への記入と、⑦委任状への記入/捺印の上、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて、事業主様に送付してください。 																		
	⑦ 委任状 (被保険者)										<ul style="list-style-type: none"> 提出時に任意継続・特例退職被保険者制度に加入している ・・・⑥口座情報、⑦委任状いずれも記入せず当組合に送付してください。 保険料引落しでご登録頂いたゆうちょ銀行にお振り込み致します。 なお、ゆうちょ銀行以外の口座振り込みを希望される場合には、⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。 																		
事業主記入欄	〒 - TEL - -										1 給与払い 2 個人払い																		
	⑧ 委任状代理人記入欄1 住所										事業主様が記入・捺印しますので、空白のままでも問題ありません。 																		

◆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(請求者)記入欄

被保険者氏名 **健保 太郎**

※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。

⑩ 受診者	2	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	健保 花子	⑪ 生年月日 2 1. 昭和 年 月 日 2. 平成 0 2 0 3 0 4 3. 令和	
⑫ 疾病名	虫歯	⑬ 発病または負傷年月日 2 1. 平成 年 月 日 2. 令和 0 1 0 8 0 3	
⑭ 発病の原因および経過(詳しく)	1	(原因および経過) 以前治療した歯が再度痛み出した。 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	
⑮ 診療を受けた医療機関および調剤薬局 (国名 オーストラリア)	名称 kenpo Clinic	所在地 70. collins st. Melbourne	診療した医師等の氏名 R.plortny
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
⑯ 診療を受けた期間	2 1. 平成 年 月 日から 0 1 0 9 0 3	2 1. 平成 年 月 日まで 0 1 0 9 1 0	⑯-2 診療期間 8 日
⑯-1 診療日	令和元年9月3日、9月10日		診療実日数 2 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 年 月 日から 2. 令和	1. 平成 年 月 日まで 2. 令和	入院日数 日
⑰ 療養に要した費用の額	280	(AUD)	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	レントゲン撮影、金属冠		
⑲ 受診者の情報	<input checked="" 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 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 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
担当医へのお願い

(3/4)

記入例

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 Hanako Kenpo		Date of Birth 生年月日 4. 3. 2000	Sex 性別 <input type="checkbox"/> M 男 <input checked="" type="checkbox"/> F 女																																																																																																																																			
Initial Office Visit 初診日 03. 09. 2019		Days of Services 診療日数 2 days 日間																																																																																																																																				
Outpatient or Home Visit 03. 09. 2019, 10. 09. 2019																																																																																																																																						
Localization of Tooth 部位																																																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">Permanent Tooth 永久歯</th> <th colspan="10">Deciduous Tooth 乳歯</th> </tr> <tr> <th colspan="7">#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8</th> <th colspan="7">#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16</th> <th colspan="5">#A#B#C#D#E</th> <th colspan="5">#F#G#H#I#J</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>L</td> <td>R</td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>L</td> </tr> <tr> <td></td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td></td> <td></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td colspan="7">#32#31#30#29#28#27#26#25</td> <td colspan="7">#24#23#22#21#20#19#18#17</td> <td colspan="5">#T#S#R#Q#P</td> <td colspan="5">#O#N#M#L#K</td> </tr> </tbody> </table>				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				
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 <u> </u> 7		2.Missing Tooth 欠損 <u> </u>																																																																																																																																				
3.Periodontal Diseases 歯周病 <u> </u>		4.The others その他 <u> </u>																																																																																																																																				
Medical contents 診療内容		Fee 料金	Services 診療内容																																																																																																																																			
1.Examination 診察		50	Comp 複合レジン 1.Serf																																																																																																																																			
2.X-ray レントゲン診断		80	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 歯石 ← 歯石除去			アマルガム・複合レジンによる支台築造																																																																																																																																			
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア																																																																																																																																			
5.Extraction 抜歯			※Other(Material)																																																																																																																																			
6.Perio-dontal Scaling /Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			その他																																																																																																																																			
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			11. Crown 冠																																																																																																																																			
7.Pulp Cap 歯髄覆			Porcelain/Gold ポーセレン・金																																																																																																																																			
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Silver alloy 銀合金																																																																																																																																			
Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管			※Other(Material)																																																																																																																																			
			その他 Metal Crown																																																																																																																																			
			12. Bridge Work ブリッジ																																																																																																																																			
			Abut (Material)																																																																																																																																			
			支台歯																																																																																																																																			
			Pontic (Material)																																																																																																																																			
			ダミー																																																																																																																																			
8.Filling 充填			※13. Plate Denture(Material)																																																																																																																																			
Amal. アマルガム			有床義歯																																																																																																																																			
1.Serf 面			※14. Other(Material)																																																																																																																																			
2.Serf			その他																																																																																																																																			
3.Serf			Total Fee 合計																																																																																																																																			
Unit is 貨幣単位		AUD	280																																																																																																																																			

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 10. 09. 2019	Signature 署名 (Sign)

◆邦訳（各項目の材質を邦訳すること）

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

金属冠 150AUD

12.ブリッジ

13. 有床義歯

14. その他(項目明記)

レントゲン 80AUD

申請者の方へ

- ※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。
- 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 _____
XXN. S. W. Australia

氏名 健保 太郎

健

電話 03-1234-5678