

申請にあたっての注意事項

1. 被保険者または家族（健康保険法上の被扶養者）が、海外に在住中または旅行中に歯科治療にかかった場合の費用については、国内における保険診療の範囲内で払い戻しされます。
2. 払い戻し手続に必要な書類は、この冊子の健康保険^{被保険者、被扶養者}療養費支給申請書と F o r m C です。担当の医師に証明してもらってください。
3. どの様式も、各月ごと、入院・入院外ごとにつき 1 枚ずつ証明してもらってください。
例：4 月に外来患者として通院し、途中で入院、5 月半ばに退院した人は、外来分 1 枚（4 月分）、入院分 2 枚（4・5 月分）が必要となります。
4. F o r m C の患歯部位等については翻訳を付し、翻訳者の住所・氏名を書いてください。申請者ご本人が翻訳文を作成しても問題はありませんが、翻訳文は必ず添付してください。
5. 海外から申請するときは、必ず事業主を経由してください。
6. KDD I 健康保険組合からは、直接海外送金は行いません。事業主経由で支給します。なお、任意継続被保険者および特例退職被保険者につきましては、国内の口座に直接払い戻しされます。
7. 払い戻しの請求は、医師または病院等に費用の支払いをした日の翌日から数えて 2 年を経過するとできなくなるので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の		記号：		②被保険者の氏名					
			番号：							
	③診療を受けた者の氏名及び生年月日		ア 氏名		イ 続柄		ウ 生年月日		昭 ○ 平 ○	年 月 日
	④傷病名				⑤発病または負傷の年月日		昭和・平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
	⑥発病又は負傷の原因									
	⑦傷病の経過									
	⑧診療を受けた		ア 病医院名称				イ 医師名			
			ウ 所在地							
	⑨診療の内容									
	⑩診療の期間		自 年 月 日		日間		⑪診療に要した費用の総額 (薬代を含む)		金 円也	
		至 年 月 日								
⑫療養の給付を受ける事が出来なかった理由										
⑬ ⑩欄の期間中において診療を受けた実日数		日間		診療日を○月○日、○月○日……のように列記して下さい。						
⑭ 第三者行為によって負傷したものであるか否か		○ある ○ない		⑮ 第三者の行為によって負傷したときは		その事実の届出の有無		○ある・○ない		
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)						
⑯上記の通り申請いたします。										
平成 年 月 日										
被保険者の 住所										
氏名 印										

⑰ 委 任 状	私は _____ を代理人と定め、この申請にかかる保険給付金の受領方を委任します。								
	年 月 日								
	被保険者		住所/氏名						
代理人		住所/氏名							印

⑱ 振 込 先	被 保 険 者 の 口 座 に 振 込 む 場 合								
	指 定 銀 行				銀行・		信用金庫		支店
							信用組合		
	口座の種類		普 通・当 座・貯蓄預金		口座番号				
被保険者 氏名 (口座設定者)		フリガナ							

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (t home visit) should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____		Sex (Male • Female) 性別 (男 • 女)	
2. Date of first Diagnosis 3. 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	(RIGHT)	e d c b a	a b c d e (LEFT)
(Lower)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	(LEFT)	e d c b a	a b c d e (RIGHT)

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

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 (病院または診療所) _____ Phone _____

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 _____

■邦訳 (C)

Permanent tooth																Primary									
(Upper)																e d c b a					a b c d e				
(Lower)																e d c b a					a b c d e				
(RIGHT)																(RIGHT)					(LEFT)				
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8																	

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

Ⓜ

電話

証書添付(原本)

(領収書、処方箋 etc)

A large, empty rectangular box with a black border, intended for attaching original documents such as receipts or prescriptions. The box occupies the majority of the page area below the header.