

【注意事項】

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。
※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
※請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。
※予防接種・正常分娩費用・海外での健康診断費用・業務上の負傷については給付対象外です
2. 申請に必要な書類は、「海外療養費・家族療養費支給申請書」、「様式A・B・C」、「領収書の原本」、「調査に関わる同意書」です。
・歯科以外を受診した場合：様式A・Bを医師または病院に証明を依頼してください。
・歯科を受診した場合：様式Cを歯科医または病院に証明を依頼してください。
3. 各証明(様式A・B・C)それぞれに翻訳文A・B・Cへ日本語訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。(本人が翻訳した場合も同様)
4. 申請書は、受診者ごと、受診月(1日～月末)ごと、医療機関ごと、入院・外来の別、薬局(院外処方)ごとに1枚作成してください。月またがり又は複数の医療機関を1枚の申請書で作成されたものは無効です。
5. 日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明証(居住地が記載されたページ)の写しを添付してください。
6. 業務以外で渡航した場合は、上記の書類とあわせて航空券、パスポート等“海外に渡航した事実が確認できる書類”の写しを添付してください。
例)パスポートの場合、「氏名のページと、滞在国の入国・出国の押印が確認できるページ」
7. 申請書類は、事業所経由でご提出ください。
8. 事業主は、「事業所証明欄」へ証明をしてください。

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient home visit.

Attending Dental's Statement and Itemized Receipt

Name of Patient _____ Age _____ Sex (Male : Female)

Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis and Treatment _____ days

Localization of Teeth																																																																														
Permanent Teeth				Deciduas Teeth																																																																										
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																																																					
R																L															R																L																L															
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																														

1. Name of Illness			
1. Dental Caries	2. Missing Teeth	3. Pyorrhea Alveolaris	4. The Others

2. Dental Treatment	Localization of Teeth Examined	Material	Medical care date			Fee
			MO.	DA.	YR.	
* Initial Office Visit						
* Fee for Follow-up Office Visit						
* Hospitalization						
* X-Ray Examination						
* Dental Pulp Extirpation						
* Operation						
* Extraction						
* Filling						
* Inlay						
* Metal Crown						
* Post Crown						
* Jacket Crown						
* Bridge Work						
* Plate Denture						
Partial Denture						
Complete Denture						
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris						
* Medicine						
* The Others(Specify)						
Receipt day	Mo.	DA.	YR.	Total		

Name of Attending Physician / Address of Hospital or Clinic.

Attending Physician Name : Last _____ First _____

Name of Hospital or Clinic _____

Address of Hospital or Clinic _____

Date _____

Signature _____

歯科診療内容明細書 兼 領収明細書

受診者名 _____

年齢 _____

性別 (男性 女性) _____

初診日 _____

診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth 永久歯		Deciduas Teeth 乳歯	
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
R _____	_____ L	R _____	_____ 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

1. 傷病名			
1. う蝕症	2. 欠損	3. 歯槽膿漏	4. その他
_____	_____	_____	_____

2. 歯科治療	患歯部位	材料	治療日付			治療費
			月	日	年	
* 初診料						
* 再診料						
* 入院料						
* 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(特記せよ)						
領収日	西暦 年 月 日	合計				

担当医の名前及び病院住所
 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
 病院または診療所名称 : _____
 病院または診療所住所 : _____

翻訳者
 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 電話 _____

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 (Starting date of medication) (西暦) _____ 年 (Year) _____ 月 (Month) _____ 日 (Day)

・患者 (Patient) (両方お書きください)

(患者名) _____ (Name of patient) _____

(住所) _____ (Address) _____

(生年月日) (Date of birth) (西暦) _____ 年 (Year) _____ 月 (Month) _____ 日 (Day)

FR健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、は、FR健康保険組合の職員又はFR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FR健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: FR Health Insurance Organization

I (patient who has received treatment) authorize FR Health Insurance Organization 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・押印欄

Signature

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.

(氏名) (Signature) _____

(住所) (Address) _____

(日付) (Date) _____ 年 (Year) _____ 月 (Month) _____ 日 (Day)

(患者との関係) (Relation to the insured) :

本人 (Self) ・ 親権者 (Heir) ・ 法定相続人 (Guardian) ・ その他 (Other) [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

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.