

常務理事	事務長	係員	担当者

# 支給決定書

支出科目	款	保険給付費		項	法定給付費		目	療養費				健保受付印	
		保険給付費			法定給付費			第二家族療養費					
支給金額					円	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日			
支給期間	自	令和	年	月	日	資格喪失日	平成 令和	年	月	日			
	至	令和	年	月	日	被扶養者 認定日	昭和 平成 令和	年	月	日			
備考											支給日	月	日

被保険者

被扶養者

## 海外歯科療養費支給申請書

被保険者証の 記号と番号	記号	番号												
傷病名						傷病の年月日	令和	年	月	日				
傷病の原因														
傷病の経過														
治療を受けた 歯科医師の氏名及び住所														
治療の内容														
治療の期間	入院	自	年	月	日	日間	診療、薬剤の支給 または手当に 要した費用の金額					円		
	入院外	至	年	月	日									
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)														
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報)	氏名					住所								
	その事実													
請求が被扶養者に関するときは、 その者の氏名・生年月日・続柄	氏名		生年月日			続柄								
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日								
振込先 指定 口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の口 に☑をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。											
	振込先口座	申請者 OR 代理人	(金融コード)	銀行	(支店コード)	支店								
		普通		口座名義 (カタカナ)										
HOYA健康保険組合理事長 殿 上記によって請求します。 令和 年 月 日														

氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日				
住所								電話			

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、海外歯科療養費の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	住所								
-----	-----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。  
※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、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

令和4年10月11日現在

**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 (Male Female) 性別

Date of services 受診日 From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Days of diagnosis and treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Permanent Tooth 永久歯																Tooth Number 歯式												Milky 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								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																	

※Please fill it out by all means. 必ずご記入下さい。

Name of illness 傷病名	Dental caries う蝕症	Missing teeth 欠損	Pyorrhea alveolaris 歯槽膿漏	The others その他
_____	_____	_____	_____	_____

Services 治療内容	Tooth no. 歯部位	Fee 治療費
X-ray レントゲン	Bite-wings 咬翼型 Periapical 標準型 Panoramic パノラマ断層撮影	
Prophylaxis, cleaning 歯垢除去		
Fluoride フッ化物塗布		
Root planing ルートプレーニング		
Gingival curettage 歯周ポケット搔爬		
Perio operation 歯周外科手術		
Extraction 抜歯		
Other operation その他の手術		
Pulp cap 歯髄覆罩		
Pulpotomy 歯髄切断		
Root canal therapy 根管治療		
Filling 充填	Amal. アマルガム Comp. 複合レジン Other その他 ( )	
Inlay /onlay インレー・オンレー		
Amal./comp. Build-up 充填物による支台築造		
Post&core メタルコア		
Crown 冠	Silver alloy 銀合金 Other その他 ( )	
Bridge work ブリッジ	Abutment 支台歯 Pontic ポンティック	
Denture 有床義歯		
Repair 義歯修理		
Medication 投薬		
Other その他		
Total Fee 合計		

Name and address of dentist's office \_\_\_\_\_

歯科医院の名称及び住所

Date 日付 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dentist's signature 医師の署名 \_\_\_\_\_