

1人につき、月ごと、病院ごと、入院と通院別に1枚必要です。

支給年月日				令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当者	No. _____		
※支給 決議書	支給額			<b>記入不要 (健保記入欄)</b>								支給期間		日間
	法定											付加		

**(海外) 被保険者 療養費 支給申請書<歯科用>**

被保険者氏名 **大空 晴奈** (生年月日 昭<sup>平</sup>8年1月1日)  
(ローマ字) **OZORA HARUNA**

③ 被保険者現住所 **大田区羽田空港 1-1-1** TEL **03 ( 1234 ) 5678**

④ 事業所の名称 **日本航空株式会社** 支店名又は所属部課 **〇〇〇〇**

⑤ 傷病名 **虫歯** ⑥ 発病または負傷の年月日 **令和5年8月10日**

⑦ 発病または負傷の原因 **不明** 入院、外来の別 入院 外来 往診

⑧ 診療を受けた病院の名称 **△△△ CLINIC** ⑨ 診療に從事した医師の氏名 **DR. Robert Smith** ⑩ 症状の概要 **歯痛** ⑪ 診療の内容 **診察、レントゲン、虫歯治療**

⑫ 診療の期間 入院 令和5年8月10日から 令和5年8月17日まで 日間 2日間 ⑬ 診療に要した費用の額 **USD 350**

⑭ 家族が療養を受けた者の氏名 **大空 虹奈** ⑮ 第三者行為によって負傷したかどうか ない ある ⑯ 第三者行為によって負傷したときはその事実の届出の有無 ない ある・ない

⑰ 生年月日 昭<sup>平</sup>令<sup>〇</sup>年〇月〇日 ⑱ 続柄 **子**

上記により支給される療養費の受領に関することを下記の者に委任します。

(委任状) 所在地 事業所名称 事業主名称 **記入不要 (事業所記入欄)** (委任者氏名)

令和 5 年 9 月 1 日 記入  
受付日付印

必ずお読みください。

(提出上の注意)

(イ)この申請書の裏面に記入してもらう場合は、裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ロ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ハ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ニ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ホ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ヘ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ヘ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ヘ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ヘ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。  
(ヘ)裏面に担当医の証明を受けるか、もしくは、これにかわる診療内容明細書及び領収書(本紙)を添付して下さい。

訳文の書式は決っていません。訳文には翻訳者の「住所」「氏名」「署名」が必要です。

社員の名前、生年月日を記載してください。

社員の住民票上の住所、海外在勤員は自宅の住所を記載してください。

出向者は出向先の事業所を記載してください。

申請書記入例はこちら



[https://jalkenpo.jp/pdf/2023\\_kinyu\\_shika.pdf](https://jalkenpo.jp/pdf/2023_kinyu_shika.pdf)

日本航空健康保険組合

社員本人の署名が必要です。印鑑は必要ありません。

- 以下の内容を網羅していれば、病院が発行した別紙でも代用できます（コピー不可）。但し、規定により医師の署名は自署でなければなりません。
- この面に外国語（特に Diagnosis 診断、Other その他）が記入されている場合は、別紙またはコピーでの日本語訳が必要です。
- この面の欄内に訳文を書き込むと無効になります。

※この診断書は医師に記入してもらって下さい。  
本人等が記入・追記した場合、無効になります。ご注意下さい。

1. THIS FORM IS USED FOR CLAIMING THE SOCIAL INSURANCE BENEFIT. この様式は社会保険の申請にご使用されます。		<b>JAPAN AIR LINES HEALTH INSURANCE ASSOCIATION</b>									
2. THIS FORM SHOULD BE COMPLETED AND SIGNED BY THE ATTENDING PHYSICIAN. この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。											
3. ONE FORM FOR EACH MONTH, ONE FORM FOR HOSPITALIZATION OUTPATIENT AND HOME VISIT. 各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。											
<b>ATTENDING DENTIST'S STATEMENT 歯科診療内容明細書 / ITEMIZED RECEIPT 領収書</b>											
NAME OF PATIENT (LAST, FIRST) 患者氏名		AGE (DATE OF BIRTH) 年令 (生年月日)	SEX 性別 (男・女) <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE								
Diagnosis 診断	Days of Service _____ days 診療日数	Subsequent Date _____ 再診									
	Initial Office Visit Date _____ 初診	Date _____									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Permanent Tooth 永久歯</td> <td style="width: 50%;">Milky Tooth 乳歯</td> </tr> <tr> <td>#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8   #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16</td> <td>#A #B #C #D #E   #F #G #H #I #J</td> </tr> <tr> <td>R. 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td>R. E D C B A   A B C D E L.</td> </tr> <tr> <td>#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25   #24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17</td> <td>#T #S #R #Q #P   #O #N #M #L #K</td> </tr> </table>				Permanent Tooth 永久歯	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.	#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	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.										
#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										
Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容								
1. Examination 診察			8. Filling Amal. 充填 アマルガム								
2. X-ray レントゲン 診断	Bite-wings × 咬翼型 Periapical × 標準型 Panoramic × パノラマ		1 surf. _____ 2 surf. _____ 3 surf. _____ Comp. 複合レジン 1 surf. _____ 2 surf. _____ 3 surf. _____ 面								
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー								
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去 Fluoride フッ化物塗布			10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造 Post c Core メタルコア								
5. Extraction 抜歯			11. Crown 冠 Porcelain / Gold ポーセレン・金 Silver Alloy 銀合金 Other その他								
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 Gingival Curettage 盲嚢搔爬			12. Bridge Work ブリッジ Abut 支台歯 Ponic ダミー								
7. Pulp Cap 歯髄覆草 Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____ 2 canal _____ 3 canal _____ 根管		13. Plate Denture 有床義歯								
			14. Other その他								
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		Total Fee 合計金額									
Date 日付		Paid By <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check # _____ <input type="checkbox"/>									
Signature 署名		Amount Paid 支払い金額 Balance 不足金額									

日本語訳の記載漏れが多い箇所です。ご注意ください。

日本語訳の記載漏れが多い箇所です。ご注意ください。

歯科医師の署名が必要です。