

※ 支給 決議 書	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	
	支給額										
	支給 内 訳	法定						備考	支給期間 日間		
		付加									

## (海外) 被保険者 療養費 支給申請書<歯科用>

(提出上の注意)

(ア)この申請書の裏面は担当医に記入してもらって下さい。  
 (イ)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)署名し、なお、いずれの場合も、外国語で記載された場合は、その日本語訳文(翻訳者の住所・氏名を記載し、署名して)を添付してください。  
 (ハ)記入漏れがある場合、お返しすることもあります。  
 (ニ)※印の欄は記入しないで下さい。  
 (ホ)各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要で、(ト)印の欄は記入しないで下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証等 記号・番号(※)	-----					② 被保険者氏名  (ローマ字)	(生年月日 昭・平 年 月 日)			
	※ KOSMO-Web に掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照下さい										
	③ 被 保 険 者 現 住 所						TEL ( )				
	④ 事 業 所 の 名 称						支店名又は 所属部課				
	⑤ 傷 病 名						⑥ 発病または 負傷の年月日				
	⑦ 発病または 負傷の原因						入院、外来の別		□入院 □外来 □往診		
	⑧ 診療を受けた 病 院 の	名 称					国 名				
	⑨ 診療に従事 した医師の	氏 名									
	⑩ 症 状 の 概 要										
	⑪ 診 療 の 内 容										
	⑫ 診 療 の 期 間 及び診療日数	入院	令和 年 月 日から	日間	⑬ 診 療 に 要 した 費 用 の 額						
		外来	令和 年 月 日から	日間							
	⑭ 家族が療養を うけたときの その者の	⑦ 氏 名	1名のみ記入の事				⑭ 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	⑮ 続 柄		
	⑯ 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	⑰ 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			ある・ない				
第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)											
(委 任 状)	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。					令和 年 月 日 記入					
	所在地					----- 受 付 日 付 印					
	事業所 名称 事業主名称 -----										
(委任者氏名)											

申請書記入例はこちら



※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。

**JAPAN AIR LINES  
HEALTH INSURANCE ASSOCIATION**

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。

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。

**ATTENDING DENTIST'S STATEMENT 歯科診療内容明細書 / ITEMIZED RECEIPT 領収書**

NAME OF PATIENT (LAST, FIRST) 患者氏名 \_\_\_\_\_ AGE (DATE OF BIRTH) 年令 (生年月日) \_\_\_\_\_ SEX 性別 (男・女)  MALE  FEMALE

Diagnosis 診断 \_\_\_\_\_ Days of Service \_\_\_\_\_ days 診療日数 \_\_\_\_\_ Subsequent Date \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 再診 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Initial Office Visit Date \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
初診 \_\_\_\_\_

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	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	

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察		_____	8. Filling Amal. 充填 アマルガム	1 surf. _____ 2 surf. _____ 3 surf. _____	_____
2. X.ray レントゲン 診断	Bite-wings × Periapical × Panoramic × パノラマ	_____	Comp. 複合レジン	1 surf. _____ 2 surf. _____ 3 surf. _____	_____
Models スタディモデル		_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
3. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造 Post Core メタルコア		_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去 Fluoride フッ化物塗布		_____	11. Crown 冠 Porcelain / Gold ポーセレン・金 Silver Alloy 銀合金 Other その他		_____
5. Extraction 拔牙		_____	12. Bridge Work ブリッジ Abut 支台歯  Ponic ダミー		_____
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
7. Pulp Cap 歯髄覆單 Pulpotomy 歯髄切斷・抜髄 Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____ 2 canal _____ 3 canal _____ 根管	_____	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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Total Fee 合計金額 \_\_\_\_\_  
Paid By  Cash  Check # \_\_\_\_\_  
Amount Paid 支払い金額 \_\_\_\_\_  
Balance 不足金額 \_\_\_\_\_