No.								

	支	<b></b>		令和		年 月		]	日		常務理事		事務局長	リーダー	担当者		
※   支	支	給	額														
給	支	N.I.															
決	給	法	定										支給其	期間			日間
議	内											備					
書	訳	付	加									考					

## (海外) 被保険者 養費 支給申請書<歯科用> 族

## (提出上の注意)

申請書記入例はこちら

国化物的域	

					-								
	① 記号 被保険者証 番号				- 2	被保険者氏の			(生年月日	日昭・平	年	月	日)
被	③被保険者					(口一 4 子)							
l	被保険者   現住所							$ ext{TEL}$		(	)		
保	④事 業 所 の					又は							
1	名 称							所属	部課				
険	⑤ 傷 病 名							6 発病ま	たは				
者								負傷の空	<b>手月日</b>				
	⑦発病または							入院、外	来の別	□入院	□外□	来 □	往診
が	其例切亦四							7 1747 71	714.273				
	診療を受けた	名	称						国名				
記	病医院の												
	診療に従事した医師の	氏	名										
入													
,	症状の概要												
す	11)												
7	診療の内容												
る	12	入	令和	年	月	日から		(3)					
٤	診療の期間	院	令和	年	月	日まで	日間	診療に					
	及び診療日数	外	令和	年	月	日から	H HH	─ 要 し た 費用の額	I				
ر ر		来	令和	年	月	日まで	日間	貝川 切印	4				
	<sup>④</sup> 家族が療養を	⑦ 氏	1名の	)み記入の	)事			金 年				⑦ <sub>□</sub> 続	
ろ	うけたときは、 そ の 者 の	名						月日	昭・平・令	年	月	日柄	
	® 第三者行為に よって急傷した	<b>1</b> 2 3	16 第	三者行	. 2	の事実の届け	出の有無	ある	・ない				
	より (貝勝した	ある	局	によつし	第	第三者の氏名	と住所						
	ものであるか 否か	ない	,   き(	傷したと は	(>	不明のときは	その旨)						
	上記により	 支給され	 ιる療養	費の受領	<del>」</del> 〔に関	  することを	 「記の	令和	———— 年	月		日 記	入
	者に委任し		- //4				,						
( 委	所在地							/	. 受	付 日 付	印	****	
	事業所												
任	名称												
状	事業主名称												
	(禾任老氏夕	.)											

## ※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。

	本ノ	人等が清	<u> </u>	追	記し	た	場合、	. <u>f</u>	<b>無效</b>	」にな	りま	す。	, (		ÈĒ	干意	73	177	0			
	IS FORM IS USED I この様式は社会保 IS FORM SHOULD I	険の申請にご	使用され	ます。						1/61CIVN		HEA	LTI						INES ASS	_	IATIC	N
	この様式は担当医z E FORM FOR EAC 各月毎、入院・入陸	が書き、かつ H MONTH,C	署名して ONE FOF	下さい RM FO	or Ho							ME	VISIT	-								
	ATTENDING	DENTIS	ST'S S	STA	TEME	NT	歯科	診	寮内	容明細	書 /	IT	EM	ΖE	D	RE	CEI	PT	領	収	書	
NAMI 患者£	E OF PATIENT (LAS 氏名	T,FIRST)								DATE OF 生年月日)		1)				EX 生別	男・	女)[	⊐ ма	\LE	□ FEM	ALE
Diagn 診断	osis				Days of 診療日数 Initial O 初診	女	vice		iys	,		_	Subs	<b>equ</b> 再記	<b>)</b>	Date Date			,			_
	Permanent Tooth Z		,,,, l ,,,,	//10			W1.4 W1.5	111.6					у То			<i>u</i> r	l	"6		117	u <b>r</b>	
R	#1 #2 #3 #4 <u>8 7 6 5</u>	$\frac{4}{4}  \frac{3}{3}  \frac{2}{2}$	#8 #9 1 1 1 1	2 2	$\frac{3}{3}$ $\frac{4}{4}$	5	#14 #15 6 7	8	- L.		R.	Е	#B D	C C	B B	A A	A	В		D	#J E L.	
	#32 #31 #30 #29 #		-   -	_			#19 #18	#17									A #O	B #N	C #M	D #L	Е #К	
	ervices 診療内容			To	ooth No 歯式	).	Fee 料金			ervices 療内容									th No 武	١.	Fee 料金	
1. Ex 診	amination 察							_ 8		ng Amal. 真 アマル			surf.		_							
2. X.r	•	Bite-wings 交翼型	×			_		_		ガム Comp.			surf.		-							_
診断		×			_		_		複合 レジン			surf.		-					 			
	,	Panoramic コペノラマ	×			_		_		, , ,		3	surf. 面		-							
	odels タデイモデル					_		_   9		y / Onlay /レー・ア	ンレー											
3. Me	•	□ no				_		_   1	0. An	nal. / Com	np. Buil	d-up					_					
4. Pro	pphylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除a	<del>,</del>							Po	マルガム ost c Core タルコア		ジン	による	る支	台築	造	_					
	oride ,化物塗布							_   1	1. Cr 冠		Porce ポーセ											
	traction 抜歯							- -	)(3		Silver 銀合金 Other その他	Alloy					_					
歯 Gin	riodontal Scaling / Rc 肉下歯石除去・根面平剤 gival Curettage <b></b> 慢掻爬	_						- 1		dge Work リッジ		•		<b>Abu</b> 支台			_					
	p Cap 植覆單							_									_			 		
Pul 歯骨	potomy 値切断・抜髄					_								Pon	ic		-					
	ot Canal Therapy 音治療													ダミ	_		-					
		1 cana 2 cana						-   1 -		ate Dentu 床義歯	re	-										
		3 cana 根管	al			_		- 1	4. Ot そ	her の他							_					
N	AME AND ADDRES	S OF DENTI	ST / O	FFICI												al Fe 十金額						_
	科医師の氏名及び住所																				t Paid	
																d By Cash				iouni 払いst		
													_			Chec	k		Bal	lance		

Date

日付

Sinnature

署名

不足金額