

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。

No. _____										
※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							支給期間	日間
		付加								
記入不要 (健保記入欄)										

必ずお読みください。

(提出上の注意)

(海外) 被保険者 療養費 支給申請書<歯科用>

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。

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。

申請書記入例はこちら

https://jalkenpo.jp/pdf/2023_kinyu_shika.pdf

日本航空健康保険組合

(23. 06. 1,000)

記入不要
(事業所記入欄)

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。

JAPAN AIR LINES
HEALTH INSURANCE ASSOCIATION

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)
年齢 (生年月日)

SEX
性別 (男・女) ☐ MALE ☐ FEMALE

Diagnosis
診断

Days of Service
診療日数

Subsequent
再診

Initial Office Visit
初診

Date

Date

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 L.

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

1. Examination
診察

2. X-ray
レントゲン

3. Medication
投薬

4. Prophylaxies / Scaling
歯垢 ← 歯石除去

5. Extraction
抜歯

6. Periodontal Scaling / Root Planing
歯肉下歯石除去・根面平滑化

7. Pulp Cap
歯髄覆草

8. Filling Amal.
充填 アマルガム

9. Inlay / Onlay
インレー・アンレー

10. Amal. / Comp. Build-up
アマルガム・複合レジンによる支台築造

11. Crown
冠

12. Bridge Work
ブリッジ

13. Plate Denture
有床義歯

14. Other
その他

Bite-wings ×
咬翼型

Periapical ×
標準型

Panoramic ×
パノラマ

Comp.
複合レジン

Porcelain / Gold
ポーセレン・金

Silver Alloy
銀合金

Other
その他

Abut
支台歯

Ponic
ダミー

Models
スタディモデル

Fluoride
フッ化物塗布

Gingival Curettage
盲嚢掻爬

Pulpotomy
歯髄切断・抜髄

Root Canal Therapy
根管治療

1 canal

2 canal

3 canal

根管

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

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。