

受付印

処理印

常務理事	事務長	係	係

健康保険

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書（歯科）

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦 令和元年 6月 1日

被保険者証の 記号・番号	123 - 12345678	被保険者氏名	健保 太郎		健保	
被保険者 の住所等	〒151-8589 東京都渋谷区代々木 3-22-7 自宅等電話番号 03-1234-5678					
療養が被扶養者 に関するとき	氏名	健保 花子	生年月日	和暦 H20年 1 月 1日	被保険者 との続柄 長女	
傷病名	歯痛		発病又は負傷 の年月日	和暦 R元年 5 月 1日		
発病又は負傷の 原因（詳細に）	治療中の歯が痛みだしてもらった。					
傷病の経過						
診療等受けた 医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称	New York Hospital	所在地 及び 電話番号	〒 1-2-3 New York, NY 1234567 USA TEL 123-456-7891		
診療等の内容			入院期間	自	年 月 日	
				至	年 月 日	
			コルセット装着日		年 月 日	
診療等を受 けた期間	和暦 R元年 5月 1日 1日間		診療に要した 費用の額	\$ 220.50 *実際に支払った通貨でご記入下さい		
三者の行為によ る負傷であるとき	その事実と 届出の有無		加害者の氏名			
			加害者の住所	〒		
振込先 の指 定	<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込	→ (A)の被保険者欄に記入をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 代理人振込	→ (A)と(B)に記入をお願いします。				
	(A)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		和暦 R元年 6 月 1 日		
	委任状	被保険者 氏名： 健保 太郎	健保	退職者以外の方は基本、給与払となります。 必ず「被保険者氏名」「印」「年月日」のご記入をお願い 致します。		
		住所：		連絡先		
	代理人 氏名：					
<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座	→ (B)に記入をお願いします。					
(B)	金融機関名（ゆうちょ銀行を除く）	支店名	預金種別	口座番号		
振込口座			普通			
口座	(フリガナ)					
	口座名義					

令和元年 5月作成

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that patient may claim the socila insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- Please specify material,for items marked ※
※印の項目については材質も明記して下さい。
- If not in dollars,please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.
高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書(歯科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Initial Office Visit 初診日			Days of Services 診療日数		days 日間	
Localization of Tooth 部位						
Permanent Tooth 永久歯			Deciduous Tooth 乳歯			
R 87654321 12345678			R E D C B A A B C D E			
L 87654321 12345678			L E D C B A A B C D E			
Name of Illness 傷病名						
1. Dental Caries う蝕症		2. Missing Tooth 欠損		3. Periodontal Diseases 歯周病		4. The Others その他
Services 診療内容		Fee 料金		Services 診療内容		Fee 料金
1. Examination 診察				Comp 複合レジン		1.Serf
2. X-ray レントゲン診断				2.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×				3.Serf		
Periapical 標準型 ×				※Other(Material)		
Panoramic パノラマ ×				その他		
Models スタディモデル				※9. Inlay / Onlay (Material)		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬				インレー アンレー		
4. Prophylaxies / Scaling 歯石 ← 歯石除去				10. Amal./Comp.Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布				Post c Core メタルコア		
5. Extraction 抜歯				※Other (Material)		
6. Perio-dontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化				その他		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬				11. Crown 冠		
7. Pulp Cap 歯髄覆				Porcelain / Gold ポーセレン・金		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				Silver alloy 銀合金		
Root Canal Therapy 根管治療		1 canal 根管		※Other (Material)		
		2 canal		その他		
		3 canal		12. Bridge Work ブリッジ		
8. Filling 充填				Abut (Material)		
Amal. アマルガム		1.Serf 面		支台歯		
		2.Serf		Pontic (Material)		
		3.Serf		ダミー		
Unit is 貨幣単位				※ 13. Plate Denture (Material)		
				有床義歯		
				※ 14. Other (Material)		
				その他		
				Total Fee 合計		

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

Date
月日Signature
署名

邦 訳（各項目の材質を邦訳すること）

- 8. 充填・その他
- 9. インレー・アンレー
- 10. 支台築造・その他
- 11. 冠・その他
- 12. ブリッジ
- 13. 有床義歯
- 14. その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
名 前	印/サイン
住 所	電話

- 申請者の方へ
- 1. ※印がついている項目に医師の記入がある場合は上の邦訳部分に必ず和訳をつけて下さい。
 - 2. 使用した材質は具体的にどのようなものか訳して下さい。

(領収書原本貼付用)

領 収 書 の り 付 け 欄

(別 紙)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

- 治療開始日 _____年 月 日
- Starting date of medication Year_____Month_____Day_____

- 患者
 (患者名)_____
- (住所)_____
- (生年月日)_____年 月 日

- Patient
 (Name of patient)_____
- (Address)_____
- (Date of birth) Year_____Month_____Day_____

ファイザー健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____は、ファイザー健康保険組合の職員又はファイザー健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会 に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをファイザー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Pfizer Health Insurance Society

I (_____) authorize Pfizer Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____ 印
(住所) _____
(日付) _____年__月__日

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他〔 _____ 〕
※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month ____ Day ____

(Relation to the insured): Self • Guardian • Heir • Heir

* This agreement of authorization expires 6 months after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.