

(Form 1)

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	記号	番号			
被保険者氏名	印				
被保険者生年月日	年 月 日				
被保険者住所及び電話番号	〒 - TEL ()				
事業所名称					
受診者氏名		続柄			
受診者生年月日	年 月 日				
療養費の種類	海外療養費				
傷病名及び傷病の経過					
発病の原因及び発病年月日	年 月 日				
診療を受けた国名及び支払通貨名	国名)	通貨名)			
診療又は手当の期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
振込希望金融機関 (カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	銀行 信金 信組 農協	支店	1 普通 2 当座	

P & Gグループ健康保険組合 TEL 078-845-7100

Request to Attending Physician

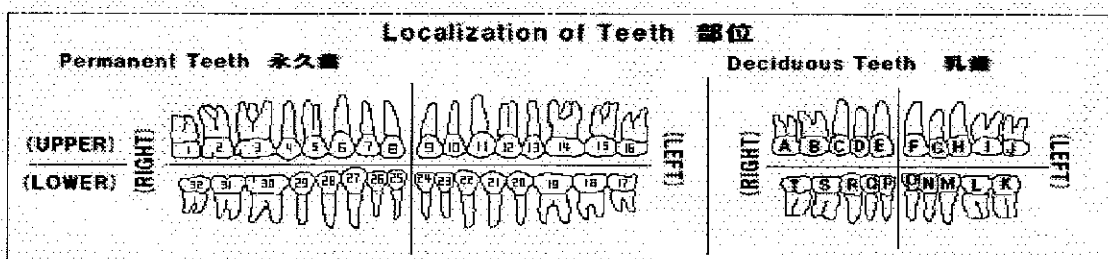
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social 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書き、かつ署名してください。

Itemized Receipt (DENTAL)

領収明細書(歯科)

- Name of Patient (Last, First) _____
Age(Date of Birth) _____ Sex(Male · Female)
Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数
- Fill in the paid currency (e.g. US dollar) _____
支払通貨単位



1 Name of Illness				
1) Dental Caries _____	2) Missing Teeth _____	3) Pyorrhea Alveolaris _____	4) The Others _____	
2 Dental Treatment	Localization of Teeth Examined	Material	Fee	Date of Diagnosis and Treatment
1)Initial Office Visit				
2)X-Ray Examination				
3)Dental Pulp Extirpation				
4)Extraction				
5)Inlay				
6)Metal Crown				
7)Post Crown				
8)Jacket Crown				
9)Bridge Work				
10)Plate Denture				
11)Treatment of Pyorrhea Alveolaris				
12)Medicine				
13)Others				
Total				

Name and Address of Dental Surgeon

Name 名前 : _____

Office Address 住所 : _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____