

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

ダイフク健康保険組合 殿

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	—	事業所名									
傷病名			発病または 負傷の年月日	年	月	日					
発病または 負傷の原因 とその経過											
診療または 手当を受けた 医療機関	名称			所在地	電話 ()						
	医師の 氏名										
診療または 手当の内容			コルセット 装着日	年	月	日					
診療または 手当を受けた 期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	診療または 手当に要した 費用の額	円
第三者行為に よる負傷であ るとき	届出の 有無	有 無		加害者の氏名							
				加害者の住所							
家族（被扶養 者）に関する 申請のとき	氏名	生年 月日	年	月	日	被保険者 との続柄					
振込希望銀行 (被保険者、または受取代 理人名義のものを記入)	銀行		支店	普通・口座番号	口座名義 (か)						
上記のとおり申請します。											
年 月 日											
被保険者（申請者）の住所											
氏名											
印											

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者との関係
	年 月 日		
	被保険者（申請者） 住所	印	
	氏名	代理人の住所・電話番号	
	印	電話 ()	

(注意事項)

輸血およびコルセット等、治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と「領収書」を添付して下さい。

- ① This form is used for claiming the health insurance benefit.
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます
- ② This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- ③ Please fill in the description of service other than listed items.
※12その他 の項目には1~11に該当しない診療内容を記入して下さい。
- ④ One form for each month and one form for hospitalization/outpatient.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M 男 F 女
Date of Services 受診日 From _____ to _____ Total 合計 _____ Visits 回

Tooth Number 歯式																												
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	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	#I	#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. 1 surf.	_____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム 2 surf.	_____	_____
Periapical 標準型 ×		_____	3 surf.	_____	_____
Panoramic ハノラマ断層撮影		_____	Comp. 1 surf.	_____	_____
Models		_____	複合 2 surf.	_____	_____
ステイモデル		_____	レジン 3 surf.	_____	_____
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	面		
4 Prophylaxies, Cleaning 歯垢除去		_____	9 ※Inlay / Onlay	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	インレー・アンレー		
5 Root Planing		_____	10 Amal. / Comp. Build-up	_____	_____
スケーリング・ルートブレーニング		_____	充填物による支台築造	_____	_____
Gingival Curettage		_____	Post & Core メタルコア	_____	_____
歯周ポケット搔爬		_____	※Other(Material) その他	_____	_____
Perio-operation		_____	11 Crown 冠	_____	_____
歯周外科手術		_____	Porcelain / Gold ボーセレン・金	_____	_____
6 Extraction 抜歯		_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
Other Operation		_____	※Other(Material) その他	_____	_____
その他手術		_____	12 Bridge Work ブリッジ	_____	_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	※Abutment(Material) 支台歯	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断		_____	※Pontic(Material) ボンティック	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療		_____	13 ※Denture(Material) 有床義歯	_____	_____
1 canal	_____	_____	Repair 義歯修理	_____	_____
2 canal	_____	_____	14 ※Other (specify) その他	_____	_____
3 canal	_____	_____	Mical Certificate 診断書	_____	_____
根管					

※がついている項目に医師の記入がある場合は必ず別紙に和訳をつけて下さい。
材質の場合は具体的にどのようなものか訳して下さい。

Total Fee 合計

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

Date 日付 _____ Dentist's Signature 医師の署名 _____

邦訳（歯科分）各項目の材質を邦訳して下さい

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