

## 海外療養費を申請される方へ（歯科）

申請に必要な書類と記入上の注意

1. 海外療養費・家族療養費支給申請書

- ・ 本人が記入する用紙です。

2. 診療内容明細書

- ・ 医師に記入してもらう用紙です。医師の署名が必要です。

3. 別紙邦訳書

- ・ ＊がついている項目に医師の記入がある場合には、必ず別紙に邦訳をつけてください。
- ・ 材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。

4. 領収書

- ・ 患者名、日付、金額が明確なものを提出してください。（コピー不可）
- ・ 外国語で書かれている場合は、原本をコピーして、コピーに対し必ず邦訳と翻訳者名を記入してください。

5. 調査に関わる同意書（海外療養費）、及び署名・押印欄

- ・ 本人が記入する用紙です。
- ・ 同意書の有効期間は署名日から1年間のため、1年以内に再度提出される場合は不要です。

- \* 上記1～4は一ヶ月、一病院、一診療科目（入院、外来別、各診療科別）ごとにそれぞれ必要です。
- \* 海外療養費の請求は、病院に費用の支払いをした日から数えて2年を経過すると時効となり、請求できません。
- \* 発病の原因が業務上、又は通勤途上の事故によるものである場合は、労災保険になり、健保組合からは支給できません。
- \* 業務出張や海外赴任中の発病・負傷については、各会社の海外渡航担当者に書類をご提出ください。

6. 海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート等）の写し

- \* 業務都合で海外赴任している場合は提出不要です。

- ◎申請上の注意
- この申請をする時は、療養の給付を受けられなかった理由を詳細記入し、医師から診療費領収明細書の記入及び領収印を受け、領収書原本と共に組合に提出してください。
  - この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を○で囲み、家族である場合は「家族」を○で囲んで下さい。
  - 家族申請の場合は、「被扶養者の氏名・生年月日・続柄」欄も記入して下さい。
  - 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明」のほか、これに要した費用の領収書を添付してください。

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額	法定付加	円	円			
支給期間		自	令和	年	月	日
		至	令和	年	月	日
備考						

被保険者 海外療養費支給申請書  
家 族

被保険者証の記号番号	記号 番号	事業所の名称	
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
診療または手当てを受けた医療機関の名称・所在地および医師の氏名	名称	所在地及び電話番号	
	氏名		
診療または手当ての内容	入院期間： 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 コルセット装着日： 令和 年 月 日		
診療手当を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	診療又は手当てに要した費用 (現地通貨単位)	
療養の給付を受けられなかった理由			
傷病が第三者の行為に因る時はその事実及び加害者の住所・氏名 その事実の届出の有無			
被扶養者に関する申請のとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄
		昭・平・令 年 月 日	

上記のとおり申請します  
令和 年 月 日

BIPROGY健康保険組合 御中

上記金額受領方を 委任します

被保険者 〒  
住 所  
氏 名  
電 話

振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO.

# 記入例

注)

- 提出先: 業務出張・海外赴任の場合→事業主  
それ以外の場合 →健保
- 記入間違いの際は、二重線を引き訂正印を捺印の上、修正してください。

支給期間	至 令和 年 月
備考	

いずれか○で囲む  
被保険者←本人が対象の場合  
家族 ←被扶養者が対象の場合

<在籍者の場合>  
→本籍会社名を記入

<任継・特例の場合>  
→“任意継続”または  
“特例退職”と記入

## (被保険者) 海外療養費支給申請書

被保険者の保険証に印字されている記号と番号を記入

被保険者の保険証に印字されている資格取得年月日を記入

<発病又は負傷原因が不明の場合>  
→「不明」という記入でも可

被保険者証の記号番号	記号 番号	事業所の名称	BIPROGY株式会社
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
療または手当を受けた医療機関の名称・所在地および医師の名前	名称 氏名	所在地及び電話番号	
診療または手当の内容	入院期間: 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 コルセット装着日: 令和 年 月 日		
診療手当を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	診療又は手当に要した費用 (現地通貨単位)	
療養の給付を受けられなかった理由	海外で治療を受けた理由を記入。 * 業務出張等以外の場合は海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写しを添付。		
傷病が第三者の行為に因る時はその事実及び加害者の住所・氏名 その事実の届出の有無			
被扶養者に関する申請のとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄
		昭・平・令 年 月 日	

<対象者が被扶養者の場合>  
→被扶養者情報を記入

<在籍者の場合>  
→本籍会社名を記入

<任継・特例の場合>  
→記入不要

〒、被保険者の住所、氏名、電話番号、を記入。  
捺印も忘れずに(シャチハタ可)

とおり申請します

令和 5 年 10月 10日

BIPROGY健康保険組合 御中

上記金額受領方を BIPROGY株式会社 に委任します

被保険者 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO. \_\_\_\_\_

健保へ提出する日を記入

<在籍者の場合>  
→記入不要

<任継・特例の場合>  
→保険料引落口座を記入

この申請書に記入した個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。

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  
 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。  
 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。  
 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	L.	R.	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													
	#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	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察	_____	_____	8 Filling Amal. 1 surf. 充填 アマルガム	_____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 × レントゲン	_____	_____	2 surf. _____	_____	_____
Periapical 標準型 ×	_____	_____	3 surf. _____	_____	_____
Panoramic Ⅱ° ノア断層撮影	_____	_____	Comp. 1 surf. _____	_____	_____
Models ステイテブル	_____	_____	複合 2 surf. _____	_____	_____
3 Medication 投薬 yes no	_____	_____	レジン 3 surf. _____	_____	_____
4 Prophylaxies, Cleaning 歯垢除去	_____	_____	面	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布	_____	_____	9 Inlay / Onlay イル・アル	_____	_____
5 Root Planing スクリーニング・ルートプレーニング	_____	_____	10 Amal. / Comp. Build-up 充填物による支台築造	_____	_____
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬	_____	_____	Post & Core メタル	_____	_____
Perio-operation 歯周外科手術	_____	_____	Other(Material) その他	_____	_____
6 Extraction 抜歯	_____	_____	11 Crown 冠	_____	_____
Other Operation その他手術	_____	_____	Porcelain / Gold ホーセン・金	_____	_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断	_____	_____	Other(Material) その他	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	12 Bridge Work ブリッジ	_____	_____
1 canal _____	_____	_____	Abutment(Material) 支台歯	_____	_____
2 canal _____	_____	_____	Pontic(Material) ホンティック	_____	_____
3 canal _____	_____	_____	13 Denture(Material) 有床義歯	_____	_____
根管 _____	_____	_____	Repair 義歯修理	_____	_____
			14 Other (specify) その他	_____	_____
			Mical Certificate 診断書	_____	_____

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）

がついている項目に医師の記入がある場合

翻 訳 者 記 入 欄	
名前	⑩/サイン
住所	電話 _____

**調査に関わる同意書（海外療養費）**  
**Agreement of Authorization**

日本語、英語いずれの欄もご記入願います。英語欄につきましては、日本語欄の相当する部分と同じ内容をローマ字・数字でご記入ください。

・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 \_\_\_\_\_

B I P R O G Y健康保険組合 御中

私（療養を受けた者） \_\_\_\_\_ は、B I P R O G Y健康保険組合の職員又はB I P R O G Y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。

To: BIPROGY Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize BIPROGY 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.

## 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) \_\_\_\_\_  
(記入日) \_\_\_\_\_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 1 年間です。

(Signature) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Fill-in Date) Year \_\_\_\_\_Month\_\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_  
(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other [ \_\_\_\_\_ ]

※ This agreement of authorization expires one year 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.