

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

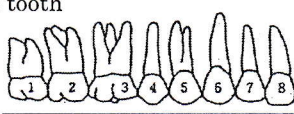
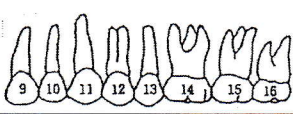
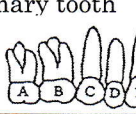
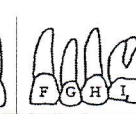
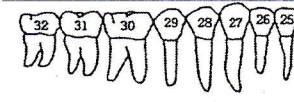
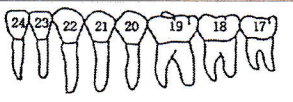
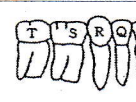
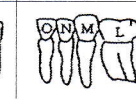
Form C

3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

様式C

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male · Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)			(RIGHT)		
(Lower)			(LEFT)		

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

Date(日付) _____

Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

Form B

様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料 \$		
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料 \$		
(3) Fee for Home Visit	往 診	料 \$		
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料 \$		
(5) Hospitalization	入 院	費 \$		
(6) Consultation	診 察	費 \$		
(7) Operation	手 術	費 \$		
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費 \$		
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費 \$		
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費 \$		
		\$		* Please fill in the
		\$		content of the
		\$		Laboratory Tests.
		\$		*諸検査の内容を記入してく
		\$		ださい。
(11) Medicines**	医 薬	費 \$		** Please fill in the name
		\$		and the amount of the
		\$		prescription of an
		\$		individual medicine.
		\$		**処方した個々の薬の名称
		\$		と量を記入してください。
(12) Surgical Dressing	包 帯	費 \$		
(13) Anesthetics	麻 酔	費 \$		
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$		
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
(16) Total	合 計	\$		Unit is
				通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
Date(日付)		Signature(署名)	

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号

調査に関わる同意書

・治療開始日 年 月 日

・被保険者（患者）

（被保険者名） _____

（住 所） _____

（生 年 月 日） 年 月 日

（電 話 番 号）（ ） — —

北海道歯科医師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、北海道歯科医師国民健康保険組合の職員あるいは、北海道歯科医師国民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、パスポートを北海道歯科医師国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。

なお、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印して下さい。

（氏 名） _____ 印

（住 所） _____

（日 付） 年 月 日

（患者との関係）：本人・親権者・成年後見人・法定相続人・その他（ ）

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

◎海外療養費の手続き

- ① 受診した海外の医療機関では、一旦、かかった医療費の全額を本人が支払います。
- ② その医療機関で、治療内容やかかった医療費等の証明書をもらいます。
「診療内容明細書」、「領収明細書」、できれば「カルテのコピー」
- ③ 帰国後、歯科国保組合へ申請します。
上記の書類と下記の書類が必要となります。
 - ・ 「療養費支給申請書」
 - ・ 「パスポートの写し」(本人確認ができるページ及び、渡航期間の確認ができるページ)
 - ・ 「同意書」(保険者が海外療養の内容について紹介する場合利用します)
- ④ 歯科国保では、明細書が外国語の場合には全協に翻訳依頼をします。
そして、国保連合会へ審査依頼をします。
- ⑤ 支払は歯科国保組合より給付割合に応じて償還されます。

◎次の事項には十分ご注意ください

- ・ 歯科国保組合への払い戻し金の請求期限は、その治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。
- ・ 必要に応じて民間の海外旅行損害保険等にも加入しましょう。
海外の場合、日本国内と同じ病気やけがでも、国や医療機関によって請求金額が大きく異なります。
- ・ 海外に行く前の必要な予防接種や帰国後の検診は受けるよう努めましょう。
- ・ 詳細については、歯科国保組合にお尋ね下さい。