被保険者 被家族 療養費支給申請書(海外)

被保険者が記入するところ	被保険者	記号・番号	記号				番号							添付書類はクリップで留めてください
		氏名								事業所名				
		住所												
	申請内容について	申請対象者氏名								申請対象者生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日			
		傷病名								発病・負傷の年月日	平成・令和　年　月　日			
		発病・負傷の状態、原因												
			第三者行為（交通事故など）によるものですか　※ はい ・ いいえ ※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。											
		治療の内容												
		治療を受けた医療機関	名称											
			所在地											
		治療を受けた期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日							日間	治療に要した費用	現地通貨		
		日本国内で療養を受けることができなかった理由	☐ 海外勤務者　（家族帯同） ☐ 旅行 ・ 出張 ・ 海外勤務者の家族（国内在住） ☐ その他（　　）											

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。
※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付日付印

申請内容	必要な書類	
海外勤務者（家族帯同）	1～4	1. 診療内容の明細（診療内容のわかる医師の証明書） 2. 翻訳文（診療内容の明細が外国語の場合） 3. 領収書（明細がわかるもの） 4. 同意書 5. 渡航していたことを確認できる書類（航空券やパスポートの写しなど）
旅行・出張・家族（国内在住者）	1～5	
その他		

添付書類はクリップで留めてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	

202411改

支給決議	支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
			支給年月日					
	支給期間	年　月　日から　年　月　日　日間						
	区分	海外　（ 医科 歯科 調剤 ）						

調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

療養を受けた人	記号・番号	記号				番号						
	氏名(Name of Patient)											
	生年月日(Date of Birth)											
	住所(Address)											

トピー健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、トピー健康保険組合の職員又はトピ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、パスポートをトピー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: TOPY Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize TOPY 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.

（Signature）

治療を受けた人の氏名
(Name of Patient) _____

患者との関係 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人
(Relation to the insured) (Self) ・ (Guardian) ・ (Heir)

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.

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。
Agreement of Authorization
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

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
Initial Office Visit 初診日	Days of Services 診療日数	days

Tooth No. 歯式

Permanent Tooth 永久歯

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	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	

Milky Tooth 乳歯

	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療		
2. X-ray レントゲン診断		
Bite-wings 咬翼型 ×		
Periapical 標準型 ×		
Panoramic パノラマ ×		
Models スタディモデル		
3. Medication ☐ yes ☐ no 投薬		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯垢除去		
Fluoride フッ化物塗布		
5. Extraction 抜歯		
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		
Gingival Curettage 盲嚢掻爬		
7. Pulp Cap 歯髄覆罩		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		
Root Canal Therapy 根管治療 1 Canal 根管		
2 Canal		
3 Canal		
8. Filling Amal. アマルガム 1 serf面		
2 serf		
3 serf		

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
Comp. 複合レジン 1 serf		
2 serf		
3 serf		
Other(Material) その他		
9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		
10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Post & Core メタルコア		
11. Crown 冠 Porcelain / Gold ポーセレン・金		
Silver Alloy 銀合金		
Other(Material) その他		
12. Bridge Work ブリッジ Abut 支台歯		
Pontic ダミー		
13. Plate Denture 有床義歯		
14. Other(Material) その他		
Total Fee 合計		

Name 歯科医師の氏名	
Address of Dentist / Office 所在地	
Dentist Office Nane 歯科医院の名称	
Date 日付	Signature 署名