

届出コード	処理区分	届書	処理区分
3 0 0			

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回)**  
**家族 (立替払等、治療用装具、生血)**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤被扶養者 番 号	⑥給付記録 番 号	⑦受 取 代 理 人	送信	⑧ 受 付 年 月 日	
	①	②	③	5:昭 7:平	*	*	* 0:無 1:有		* 年 月 日	
	⑨ 被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ)			事業所の ⑩	(ア) 名 称	(イ) 所在地			
	被保険者の (申請者) 住 所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)			(電話番号)				
		⑪ 住所コード				( )				
	療養が被扶養者に関する ときは、その方の	(ウ) 氏名	(ハ) 生年 月 日	昭和 平成	年 月 日 生	(ニ) 被保険者 との続柄				
	⑫ 傷病コード				(カ) 傷病名	⑭ 発病または負傷年月日 (療養開始日)				
	⑬ カ ナ									
	(キ) 発病または負傷の 原因およびその経過				⑮ 第三者行為によるものですか。 0:いいえ 1:はい					
	診療を受けた 病 院 等	(ク) 名 称				(コ) 診療した医師氏名				
	(ケ) 所在地									
⑯ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 年 月 日	⑰ 日 数	⑱ 入院・入 院外の別	(サ) 入院の場合左記の入院期間	(シ) 診療に要した費用の額					
	至 年 月 日	日	0:入院外 1:入院	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間	円					
(ス) 診 療 の 内 容				(セ) 療養の給付を受けるこ とができなかった理由						

※ 療 養 費 の 別	1. 立替払い等	⑲ 療養の原因 (コード)			⑲ 施術回数	回				
	2. 治療用装具	⑲ 治療用装具 (コード)			1 初回支給	⑳	年 月 日			
	3. 生 血	⑲ 輸 血 回 数			2 補 修 装 着					
				3 再 支 給	年 月 日					
(21) 支給回数	(22) 支 給 算 出 額	(23) 調整減額 コード	(24) 調 査 先 コード	(25) 海外表示	(26) 特別支給 コード	(備考)				
回	円			0. 国 内 1. 海 外						

支 払 金 融 機 関 の 欄	(27) 支払区分	* 1:振 込 2:銀 行 送 金 3:郵 便 局 送 金 4:当 地 払	(28) 預金種別	1:普 通 2:当 座 3:通 知 4:別 段	(イ) 銀行 ( ) (フリガナ)	技官等意見
	(28) 金融機関 コード				金庫 農協 本店 支店	
	(30) 口座番号				口座名義	
					郵便局	

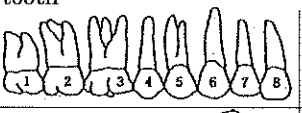
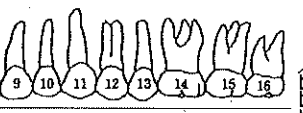


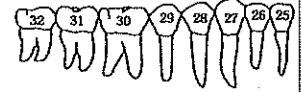
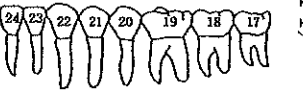
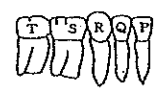

受 取 代 理 人 の 欄	(ク) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					令和 年 月 日 提出
	令和 年 月 日					受付日付印
	被保険者 (申請者) 住所 氏名					⑳
	(31) 代理人の 氏名と印	(フリガナ)			(チ) 委任者と代理人との関係	
代理人 の 住 所	(32) 郵便番号	(フリガナ)			送信	
	(33) 住所コード					

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。

Form C  
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) 		(RIGHT)  (LEFT) 
(Lower) (RIGHT) 		(RIGHT)  (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					
<b>Total 合計</b>					

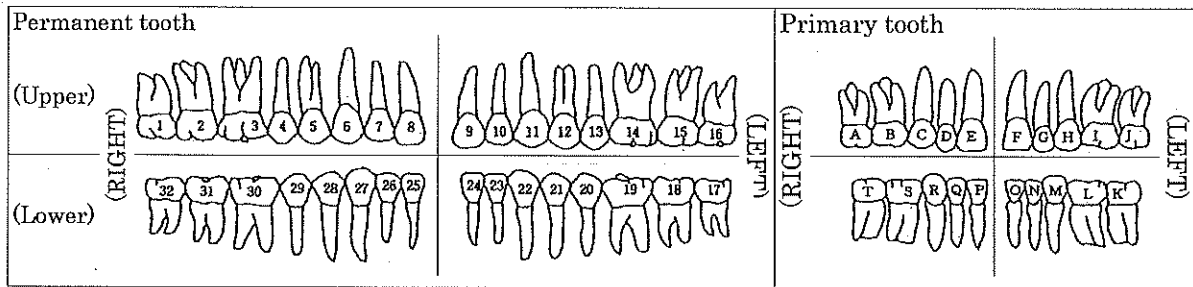
Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

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 \_\_\_\_\_

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話