
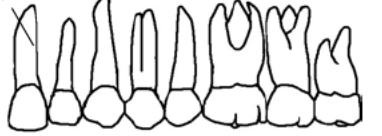



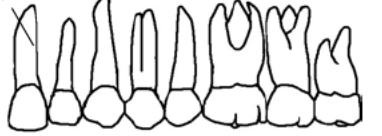



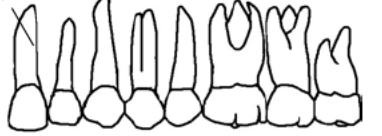



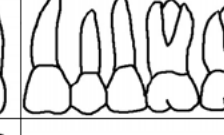
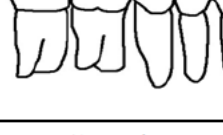


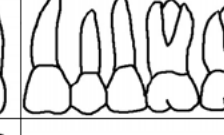
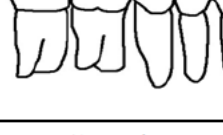


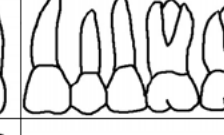
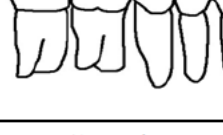



三菱健康保険組合 (被保険者・家族) 療養費支給申請書 (海外: 歯科)

《注 意》 \* 暦月別、かつ入院・外来別に1枚ずつ記入してください。  
 \* 申請は費用を支払った日からなるべく3ヶ月以内に申請してください。  
 \* 給付は日本国内における同様の傷病に係る療養に要する標準的な費用の範囲内で行なわれます。予め了承ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号-番号	-		被保険者(請求者) 氏名																																															
	被保険者 現住所				事業所名称																																														
	療養を受けた者の氏名			続柄	生年月日	年	月	日生	年齢																																										
	傷病名	う蝕(虫歯)・その他( )					初診年月日																																												
	外傷の場合 記入	負傷原因(詳しく)			第三者の行為によるものですか		いいえ・はい		業務上のものでしょうか	いいえ・はい																																									
	どんな病状のため診療を受けましたか -----																																																		
	今回治療した部分を塗りつぶしてください																																																		
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">* 大 人 *</td> <td>上顎</td> <td colspan="4">  </td> <td>前歯</td> <td colspan="4">  </td> </tr> <tr> <td>右側</td> <td colspan="4"></td> <td>左側</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">* 小 児 *</td> <td>下顎</td> <td colspan="4">  </td> <td colspan="4">  </td> </tr> <tr> <td>右側</td> <td colspan="4"></td> <td>左側</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>										* 大 人 *	上顎					前歯					右側					左側					* 小 児 *	下顎									右側					左側				
	* 大 人 *	上顎					前歯																																												
		右側					左側																																												
* 小 児 *	下顎																																																		
	右側					左側																																													
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">* 小 児 *</td> <td colspan="2">  </td> <td colspan="2">  </td> <td colspan="5">どのような治療を受けましたか -----</td> </tr> <tr> <td colspan="2">  </td> <td colspan="2">  </td> <td colspan="5">-----</td> </tr> </table>										* 小 児 *					どのような治療を受けましたか -----									-----																											
* 小 児 *					どのような治療を受けましたか -----																																														
					-----																																														
診療日	外 来 (診療を受けた日をすべて記入)	年	月	日	年	月	日	年	月	日																																									
	入 院	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間																																											
診療を受けた 病院等	医療機関名																																																		
	医師名																																																		
費用の額					通貨の名称																																														
歯に詰め物をしましたか	いいえ・はい (材料名/ )																																																		

同意欄	療養を受けた医療機関等に三菱健康保険組合が文書等により内容について照会することに同意します。 被保険者氏名 _____
-----	--

《添付書類》 ①領収証の本紙(受診した日付が全て記載されていること。記載がない場合は、日付が確認できる医療機関発行の書類を別途添付すること。) ②日本語以外で記載されている箇所には邦訳を付けること。

組 合 記 入 欄	支給期間	年 月 日 ~ 月 日		日間		
	診療費用	円	法定給付	円	付加給付	円
	レイト	×	=	円		
	国内基準額	疾病No.	(外来・入院) 1日あたり	点×10×	日=	円
	受付番号	-				

受付日付印