

健保組合記入欄	本人	療 養 費	円 × 〇. = (小数点未満切捨)
	家族	第二家族療養費	円 × 〇. =
	本人	一部負担還元金	円 - -20,000 = (千円未満切捨)
	家族	家族療養付加金	円 - -20,000 =
	支給額	円	
	給付歴	なし・あり(年 月 日装着)	
申請区分	☐ 治療用装具 ☐ 弱視用眼鏡・コンタクト ☐ 弾性着衣 ☐ 保険証不携帯 ☐ 資格喪失後受診 ☐ 海外療養費		

支給支払決議書			
担 当	G 長	事務長	常務理事
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

☐ 被保険者 ☐ 家族

療養費支給申請書

※ ☐に申請対象者(受診者)のチェックをしてください

受付印

(注意事項)
・領収書一枚ごとに申請が必要となります。
・黒のボールペンで記入してください。
・添付書類は、裏面の療養費の申請をされる方へをご注意ください。

被 保 険 者 証			自宅電話 番 号	— —
記 号	番 号	被保険者 氏名	所属電話 番 号	— — 内線()
		⑩		
被保険者住所	〒 —			
受 診 者	氏 名	続柄 ()	受 診 者 生年月日	()歳 (和暦) 年 月 日
傷 病 名			発病又は 負傷年月日	(和暦) 年 月 日
発病・負傷の 直接の原因 (どこで・どのように)	※詳しく記入をお願いします。 原因が判断できない場合は「不詳」と記入してください。		コルセット等 装着日 (弱視用眼鏡 は領収日)	(和暦) 年 月 日
			療養に 要した費用 (領収書金額)	円
診療又は手当の内容 ・作製、装着など		診療又は 手当を受けた 期間	※保険証不携帯の場合のみ記入 (和暦) 年 月 日から 日間 (和暦) 年 月 日まで	
障がい者手帳は お持ちですか？	・ いいえ ・ はい ⇒ 【療養費申請の際に】 障がい者手帳のコピーも添付してください。			
交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？	・ いいえ ・ はい ⇒ 【療養費の申請前に】 トヨタ車体健康保険組合まで一度ご連絡ください。			
被保険者名義の 給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振込みます)			

【提出方法】 本人記入申請書＋添付書類 → 健保提出

【送付先・問い合わせ先】

トヨタ車体健康保険組合 外線：(0566)-36-3927 内線：(81)-2755

【郵便】〒448-0002 愛知県刈谷市一里山町金山100番地 【社内便】ウェルプラザ・健保宛て

様式A(歯科)

Tooth Number 齒式																									
Permanent Tooth 永久齒										Milky Tooth 乳齒															
R									L	R									L						
#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
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
#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

Service(診療内容)	Tooth No.(歯式)	Fee(料金)
1. Examination 診察		
2. X-Ray レントゲン 診察	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 菌垢 ← 菌石除去 Fluoride フッ素物塗布		
5. Extraction 抜歯		
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下菌石除去・根面平滑化 Gingival Curettage 盲嚢搔爬		
7. Pulp Cap 歯髄覆罩 Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 Root Canal Therapy 根管治療	1 canal 2 canal 3 canal 根管	
8. Filling Amal. 1 serf 充填 アマルガム 2 serf 3 serf Comp. 1 serf 複合 2 serf レジン 3 serf 面		
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 c Core メタルコア		
11. Crown Porcelain / Gold 冠 ボーセレン・金 Silver Alloy 銀合金 Other その他		
12. Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯		
	Pontic ダミー	
13. Plate Denture 有床義歯		
14. Other その他		

Signature(署名)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎に付この様式 1 枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

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	職業看護婦費	\$	
(9)	X-Ray Examinations	X線検査費	\$	
(10)	Laboratory Tests	諸検査費	\$	
(11)	Medicines	医薬費	\$	
(12)	Surgical Dressing	包帯費	\$	
(13)	Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15)	Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
			\$	\$
				Unit is
(16)	Total	合 計	\$	貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意：高級室科等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic.

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所 : Home 自宅	Phone 電話	
Office 病院又は診療所	Phone 電話	

Date 日付

Signature 署名

領収明細書（海外分）翻訳

様式B
日本語訳

- | | | |
|---------------|-------|-------|
| 1. 初 診 料 : | _____ | |
| 2. 再 診 料 : | _____ | |
| 3. 往 診 料 : | _____ | |
| 4. 入院管理料: | _____ | |
| 5. 入 院 費 : | _____ | |
| 6. 診 察 費 : | _____ | |
| 7. 診 察 費 : | _____ | |
| 8. 職業看護婦費: | _____ | |
| 9. X線検査費: | _____ | |
| 10. 諸 検 査 費 : | _____ | |
| 11. 医 薬 費 : | _____ | |
| 12. 包 帯 費 : | _____ | |
| 13. 麻 酔 費 : | _____ | |
| 14. 手術室費用: | _____ | |
| 15. そ の 他 | _____ | _____ |
| (特記せよ) | _____ | _____ |
| 16. 合 計 | _____ | _____ |

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

翻訳者の名前及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____