認印	理事長	専務理事	事務局長	課長	係

海外療養費日本語翻訳申込書

被保険者 記号番号											

診療を受けた 被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
診療を受けた国名		領収明細書の金額 及び通貨単位 （アメリカドル、イギリスポンド等）			
翻訳を申し込むもの （〇で囲んで下さい）	１． 診療内容明細書 部 ２． 領収明細書 部 ３． １．２以外の明細書に準ずる証明書 部				

上記のとおり申請します。

令 和　　年　　月　　日

〒　　ー

組合員住所

氏 名　　印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

処理欄	全協申請年月日	・　・

「注」　療養費支給申請書（一般診療）も併せて、提出してください。