

認
印

青文字の部分をご記入、ご捺印ください。
A4サイズ用の紙で印刷してください。

組合で定める様式以外の診療内容明細書や領収明細書を提出される場合、日本語に翻訳する必要があります。この申請書を提出いただくことにより、本組合が組合員に代わり「全国国民健康保険組合協会」へ翻訳を申請します。

被保険者 記号番号	9 9 9 9 9 9 0 0 0		
診療を受けた 被保険者氏名	歯科医師 花子	生年月日	昭和 平成 9年 1月 1日 令和 性別 男・女
診療を受けた国名	アメリカ合衆国	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)	アメリカドル
翻訳を申し込むもの (○で囲んで下さい)	① 診療内容明細書 2. 領収明細書 3. 1. 2以外の明細書に準ずる証明書	1 部 部 部	
<p>令和 2年 1月 1日</p> <p>組合員住所 〒 810 - ×××× ×××市×××○丁目○番○号 ××マンション○号</p> <p>氏名 歯科医師 太郎</p> <p>福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			
処理欄	全協申請年月日		

翻訳を申し込む書類の番号に○をつけ、それぞれ部数をご記入ください。



「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。