

# 健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

記入日 和暦( ) 年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 和暦( ) 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ) -----		事業所の名称
	住所	(〒 [ ][ ] - [ ][ ] )	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( [ ][ ] )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( [ ][ ] )	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	左づめでご記入ください。
	口座名義		口座名義 の区分	1. 申請者 2. 代理人

◎本人死亡等の理由により代理人に依頼する場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 和暦( ) 年 月 日 氏名・印 [印] 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 [ ][ ] - [ ][ ] ) TEL ( [ ][ ] ) 住所 (フリガナ) 氏名・印 [印]

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印  
(健康保険組合使用欄)社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄 [印]

(令和2年3月改)

# 健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	1. 被保険者	2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	和暦( ) 年 月 日	
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	和暦( ) 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 2. ケガ → 第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	国名				
		名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	6 診療を受けた期間	和暦( ) 年 月 日 から	和暦( ) 年 月 日 まで	日数	日
	上記の期間に入院していた場合は、その期間	和暦( ) 年 月 日 から	和暦( ) 年 月 日 まで	日数	日
7 療養に要した費用の額	※通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)				
8 診療の内容					
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [ 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ・渡航期間 ( ) ・渡航目的 海外滞在の理由 [ ]				

# Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

### 診療内容明細書

#### Form A (様式A)

- Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex (Male・Female)  
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
- Name of Illness  
傷病名
- Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
初診日 日 月 年
- Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数 日間
- Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization : From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ days)  
入院 自 至 ( 日間)  
 Outpatient or Home Visit : From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ days)  
入院外 From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ days)
- Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要
- Prescription, operation and any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要
- Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes  No   
治癒は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
- Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. : Fill in Form C  
項目別治療実費 様式Cによる
- Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前および住所  
Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
: Office 病院または診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_
- Reference Number of your Medical Report (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

# Request to the Dental Surgeon

## 歯科医師へのお願い

- Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the Dental Surgeon.  
この様式は、歯科医師が記入し署名してください。
- One form for each month should be filled out.  
各月ごとにこの様式一枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

## Itemized receipt (Dental)

### 領収明細書 (歯科)

#### Form B (様式B)

Name of Patient (last, first) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Sex (Male, Female)  
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男, 女)  
Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Day of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth (永久歯)		Deciduous Teeth (乳歯)	
R.	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L.
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		R .	L .
		e d c b a	a b c d e
		e d c b a	a b c d e

#### I. Name of Illness 症病名

1. Dental Caries う蝕症    2. Missing Teeth 欠損    3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏    4. The Others その他

--	--	--	--

II. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. initial Office Visit 初診料			\$
2. X-Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 抜歯			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay インレー			\$
7. Metal Crown / resin 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others ( ) その他 ( )			\$
15. Total 合計	(Unit is _____ ) 貨幣単位		\$

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Office 歯科医院 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

※申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付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 a hospital / clinic.  
この様式は担当医または病院の事務長が書き、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、入院・入院外毎につき、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ください。

### Itemized Receipt 領 収 明 細 書

#### Form C (様式C)

(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)	\$ _____	\$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____	Unit is _____ 貨幣単位

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

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

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

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名 前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Address 住 所 : Home 自 宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Office 病院または診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date : 日 付 \_\_\_\_\_ Signature 署 名 \_\_\_\_\_

■各証明の内容（邦訳）

・ 傷病名

・ 症状の概要

・ 処方・手術その他の処置の概要

・ その他

・ 翻訳者署名欄

上記のとおり、翻訳いたしました。

和暦（      ）      年      月      日

住所

名前

印

TEL

# 海外療養費申請の際のご注意

## 記入上のご注意

1. 記号・番号は保険証に記載されています。
2. 振込先指定口座は、被保険者本人名義の口座を記入してください。
3. 傷病が第三者行為によるものであるときは、申請前に当健康保険組合までご連絡ください。  
別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
4. 申請は1ヶ月ごと、申請者ごと、医療機関ごとに行ってください。

## 注意事項

1. 海外での治療内容や医療費は国によって異なります。海外療養費の給付額は、診療内容明細書に基づき、国内で保険診療を受けた場合に準じて算定されます。海外の医療費は、日本国内の医療費より高額になるケースが多いため、実際の給付額は海外で負担した額より低くなる場合もあります。
2. 国内より高度な治療を受けたい等の「治療を目的」として海外へ渡航し、治療を受けた場合は支給対象外となります。
3. 日本国内で保険適用とならない治療は、支給対象外となります。
4. 申請には、治療を受けた医療機関からの証明が必要となります。海外出張・海外旅行に行かれる際は、あらかじめ海外療養費支給申請書をお持ちいただくことをお勧めします。
5. 健康保険の給付を受ける権利の時効は2年間です。  
療養費の時効の起算日は「療養費要した費用を医療機関に支払った日の翌日(当該療養を受けた翌日)」となります。

## 提出書類

- ① 海外療養費支給申請書
- ② 診療内容明細書(様式ABC)
- ③ 領収書の原本
- ④ 上記②③の翻訳文(翻訳者の住所・氏名・捺印が必要です)  
※担当医からの証明が日本語以外の場合は必ず内容の翻訳をしてお持ちください。
- ⑤ パスポートもしくは航空券等の写し(氏名および海外に渡航した事実が確認できる書類)  
※パスポートの場合は渡航期間が分かる部分の写しと、氏名・顔写真と出入国スタンプのページを添付してください。  
※海外駐在員の方は、就労ビザの写しや会社からの辞令等、業務命令の為に渡航していることが分かる書類を添付してください。書類が日本語以外の場合は、翻訳をしてお持ちください。
- ⑥ 調査同意書

＜＜問い合わせ先＞＞

日本電子健康保険組合 TEL 042-544-1212 給付担当宛