

海外療養費を申請される皆様に

- 1 被保険者および被扶養者が海外に在住または旅行等で滞在中に負傷したり疾病にかかった場合の費用については、国内における保険診療の範囲で償還されます。
療養の目的で海外に出向き、療養を受けた場合は支給の対象になりません。
- 2 償還手続きに必要な書類
健康保険被保険者・家族療養費支給申請書
医科診療（様式 A・B） 歯科診療（様式 A・B・C）
医科診療（様式 A・B 邦訳） 歯科診療（様式 A・B・C 邦訳）
領収書原本
渡航の事実等が確認できる書類（パスポート等）の写し
海外の医療機関等に照会を行うことの同意書
については必要と判断した場合にご提出いただきます
- 3 様式 A・B・C 共に各月ごと、入院・外来ごとに 1 枚ずつ証明してもらってください。
例：4 月に外来患者として通院し、途中で入院、翌月の 5 月半ばに退院した場合、外来分 1 枚、入院分 2 枚を必要とします。
- 4 様式 A の 2.6.7. 欄と様式 B の (10)(11)(15) 欄および様式 C の治療の分類欄については、各邦訳様式に沿って記入作成し訳者の住所・氏名等を書いてください。訳者が申請者本人の場合も記名してください。
- 5 申請はすべて事業主を経由してください。（退職者・任意継続者除く）
- 6 健康保険組合では海外送金は行っておりません。
事業主等が代理受領することとなる為、事業所と連絡を取るようになしてください。
- 7 償還の請求は、医師または病院等に費用の支払をした日の翌日から数えて 2 年を経過すると出来なくなるのでご注意ください。

「記載上の注意」
①は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
②は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
③は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
④は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑤は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑥は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑦は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑧は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑨は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑩は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑪は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑫は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑬は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑭は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑮は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑯は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑰は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑱は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑲は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
⑳は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉑は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉒は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉓は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉔は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉕は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉖は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉗は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉘は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉙は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉚は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉛は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉜は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉝は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉞は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㉟は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊱は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊲は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊳は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊴は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊵は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊶は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊷は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊸は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊹は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊺は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊻は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊼は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊽は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊾は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊿は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
㊿は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。

被 保 険 者 が 記 載 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。			
	② 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)			③ 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	④ 被保険者 (申請者) の住所	〒 _____ TEL: ()					
	⑤ 事業所名						
	⑥ 申請書が 被扶養者 に関する その者の	⑦ 氏名	(フリガナ)		⑧ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑦ 傷病名				⑧ 発病又は 負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合: 時頃)	
	⑨ 発病又は 負傷の原因 および経過	負傷の場合はいつ、どこで、何を、どうしているとき、どのように、どこを、どうしたというように具体的に記載してください。					
	⑩ 診療を受けた 医療機関等の	⑦ 名称	⑧ 所在地		⑨ 医師等 の氏名		
	⑪ 診療の期間	年 月 日から	左の期間に 入院してい た場合は その期間	年 月 日から	⑫ 診療に要した費用の額		
		年 月 日まで	日間	年 月 日まで	円		
	⑬ 診療の内容						
	⑭ 療養費の 支給申請 の理由	<input type="checkbox"/> 医療機関等で資格の確認ができなかったため。 <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため。 <input type="checkbox"/> 治療用装具・義肢等を作成したため。 <input type="checkbox"/> 保険医の同意を受け、鍼灸・あんまマッサージの施術を受けたため。 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関等でやむを得ず診療を受けたため。(国名:) <input type="checkbox"/> その他 ()					

「添付書類について」
4 3 2 1
この保険者で資格が確認できず、医療費を全額支払った場合の申請は、医療機関等で発行された「領収証書」及び「診療明細書」の原本
他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するときは、返還した医療費の「領収証書」及び「診療明細書」の原本
治療用装具・義肢等を作成したため、海外の医療機関等でやむを得ず診療を受けたため(国名:)の原本
鍼灸・あんまマッサージの施術を受けたため(国名:)の原本
「同意書」及び「施術内容」の原本

私は下記のものを代理人と定め、療養費(家族療養費)の受領を委任します。 令和 年 月 日

本人 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印

令和 年 月 日提出
受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)

銀行・金庫 本店 預金 普通 口座
信組・農協 支店 種目 当座 番号

フリガナ _____
口座名義 _____

(令6.12)

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康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 the attending physician.
この様式は担当医が記入し、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、また入院・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

1. Name of Patient(Last, First) Age(Date of birth) Sex (Male・Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別
 2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No.)
 3. Date of first Diagnosis
初診日 . .
 4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 days
 5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Outpatient or Home Visit . / / . / /
入院外 / / . / /
 6. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)
症状の概要

 7. Prescription, Operation and any other Treatments(in brief)
処方、手術その他の処置の概要

 8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? ————— Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。
 9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
 10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
 Office(病院または診療所) Phone
Date(日付) . . Signature(署名)
- Attending Physician(担当医)
- Reference Number of your Medical Record(if applicable)
診療録の番号 _____

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

㊞

電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康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 the attending physician.
この様式は担当医が記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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 師	費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	\$ _____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費	\$ _____	
(13) Anesthetics	麻 酔	費	\$ _____	
(14) Operating room Charge	手 術 室	費 用	\$ _____	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(16) Total	合 計		\$ _____	Unit is _____ 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、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
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
Date(日付)		Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

⑩

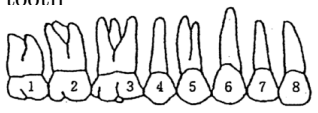



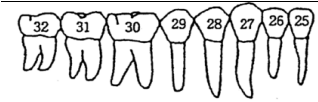
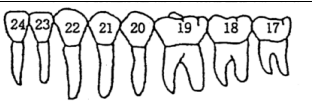


電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____	Age(Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) (RIGHT)   (LEFT)	(RIGHT)   (LEFT)	
(Lower) (RIGHT)   (LEFT)	(RIGHT)   (LEFT)	

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

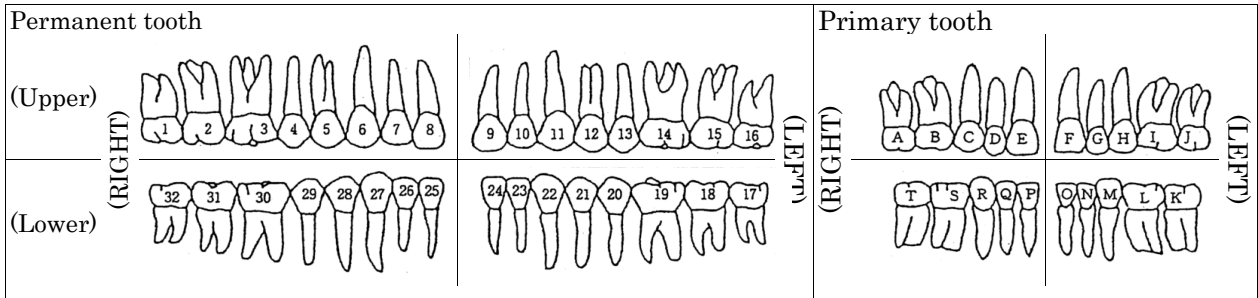
Date(日付) _____ Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話