

## 記入例⑤

## 【海外で治療を受けた場合】

被保険者やその扶養者が海外に在住中、または旅行中に受診した場合の費用は、療養費払いとして後日払い戻されます。

ただし、日本の健康保険での治療方針をはじめとした取り決めは、海外では通用しません。つまり、治療内容のレベルや治療費は国ごとに異なるものと考えられますから、その費用をすべて給付することはできません。

したがって、海外の病院で発行された診療内容明細書、領収明細書に基づいて、**国内の保険での治療費を基準とした額が、後日海外療養費として支給されることになります。**  
**必ず診療内容明細書と領収明細書をもらってください。**

また、具体的な診療内容等について、診療を受けた医療機関等に照会することがあります。

なお、海外旅行等で渡航する場合は、万一に備えて申請に必要な書類を準備しておきましょう。

※治療費の現地通貨を円に換算するときのレートは、支給決定日のレートです。

## 【給付条件】

海外療養費の支給が受けられるのは、日本国内で保険診療が認められた病気やけがに限られます。したがって、次のような場合は除かれます。(一部例外のケースあり)

- 1: 単なる疲労や倦怠で受診した場合
- 2: 美容整形、歯列矯正
- 3: 高価な歯科材料を使用した歯の治療
- 4: インプラント(人工歯根)
- 5: 治療目的で海外に渡航して受診した場合(臓器移植等)

## ※その他の留意事項

・自己負担金の割合は、日本国内で受診した場合と同じです。

・申請の際には立替払いの際と同様に、

**①診療月(1～末日)ごと、②1人ごと、③医療機関等ごと(医科・歯科別(入院・通院別)、薬局別)に申請願います。**

・請求期限(時効)は、治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。

・海外療養費の審査には、被保険者や医療機関等への照会により、時間がかかる場合があります。

・**申請に必要な書類に欠落や不備があると、保険の支給はできませんのでご注意ください。**

・海外療養費の申請に必要な医師の証明に費用がかかった場合は、申請者の負担となります。

## 【添付書類】

・**現地の病院や薬局の領収書(本紙)【必須】**

クレジットカードやオンライン決済のため、書面の領収書原本(本紙)がない場合は、支払の証拠となる書類を印刷したものに、領収書原本に代わるものである旨と申請者の署名・押印及び署名の日を明記してください。

・**診療内容の詳細がわかる書類【必須】**

[医科の場合] 海外用-診療内容明細書 Form A

海外用-領収明細書 Form B

[歯科の場合] 海外用-歯科診療内容明細書 Form C

海外用-領収明細書 Form B

もしくは、現地の医師が記入した診療内容の明細書及び領収明細書

・Form A・B・Cには日本語訳を添付していただき、翻訳者の住所・氏名を記入し押印してください。

翻訳者は申請者本人でも構いません。

・日本における保険診療の医療費算出のために必要です。

詳細な診療内容がわからないと、医療費の算出ができず、保険給付ができません。

※海外出張、若しくは駐在(同伴家族を含む)以外の場合は、下記の書類も必要です。

・渡航期間がわかるパスポート等の写し

次ページに続きます



新

記入例⑤の続きです

長 殿

健康保険

被保険者  
 家族

療養費支給申請書(海外療養費)

下記のとおり療養費の支給申請をいたします。

令和 1 年 10 月 21 日

被保険者等 記号・番号	11 - 1234	被保険者氏名	新明和 太郎			
被保険者住所	兵庫県西宮市△△-4		続柄は、子供の場合は「子」ではなく「長男」「長女」...			
受診者氏名	新明和 太郎	被保険者 との続柄	本人	受診者 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 54 年 4 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和	
傷病名	虫歯	フルネームを 記入して下さい		経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒	
発病・負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 頃 又は <input type="checkbox"/> 不詳	
申 請 欄	負傷 状況	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> それ以外(休暇中等)				
	どこで	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> それ以外 ( )	第三者の行為に よるけがですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は、別途第三者 行為届を提出願います。	
	けがの 場合	負傷者が 何を しているとき	ケガの場合は負傷原因を 必ず記入して下さい			
	どう なったか	病院の外の薬局で薬が処方され た場合には、薬局の申請書を別に 作成して下さい				
診療手当 を受けた 医療機関	名称	〇〇 Dentistry			住所	0000, ×××, USA
診療手 当の 内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・手当・検査を受けた		<input checked="" type="checkbox"/> 歯科治療を受けた	<input type="checkbox"/> 薬を処方された <input type="checkbox"/> その他 ( )		
海外療養費の 支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 海外出張、若しくは駐在(同伴家族を含む)のため <input type="checkbox"/> 上記以外のため(パスポートの渡航期間がわかるページの写しと同意書を添付ください)				( 該当箇所に チェックを してください )	
診療手当の期間	令和 1 年 9 月 17 日から # 日まで		3 日間	診療手当 の費用	1,500 通貨単位 (JSI)	
振込希望 の銀行	銀行名	月をまたいで受診した場合は、 月ごとに申請書を作成して下さい		口座 種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	支店名	口座名義 カタカナ		口座 番号		

私は、この療養費の受領に関する権限を下記代理人に委任する。

令和 1 年 10 月 21 日

被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ 事業所住所

被保険者氏名 代理人 事業所名

新明和 太郎 代理人氏名

備考

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することで申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱える機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

健 保 記 入 欄	令和 年 月 日 起案	令 年 月 日 より	入院 入院外	健保受付印
	常務理事 事務長	令 年 月 日 まで	日間	
		支給額	円	
		× ( 決定日レート: 円 ) × 割 = 円	海外実績額	で決定
	円 × 割 = 円	国内基準額		

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           | _____ |
|                            |                 | _____ |
|                            |                 | _____ |
|                            |                 | _____ |
| (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) | _____ |
|                            |                 | _____ |
|                            |                 | _____ |

\*\* 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。

(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

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。

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)		
(Lower)			(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					
<b>Total 合計</b>					

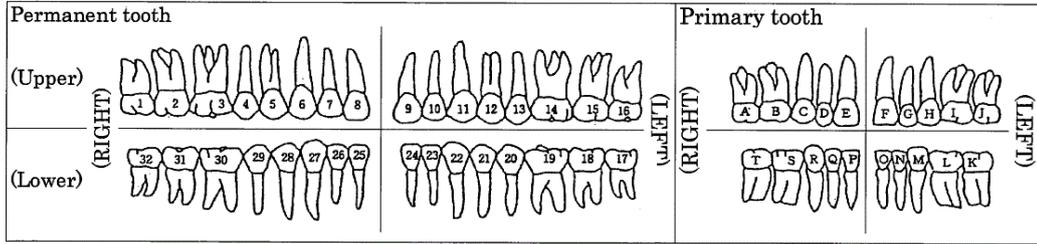
Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

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

電話