

被保険者 申請者 情報	被保険者等の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)					
	郵便物を受けとることができる 日本国内の住所	(〒)		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座 被保険者口座	金融機関 コード・名称	銀行コード： 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		支店コード： 本店 支店 出張所 本所 支所	
	名 称：	名 称：			
預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 ☐ 2. 当座 4. 通知	口座番号			
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分	☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

※日本にある口座に限ります。

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人 健保口の欄	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。		令和	年	月	日
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ				
代理人 (健保口情報)		(〒	—	)	TEL	(	)
		住所					
		(フリガナ)	-----				
		氏名					

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

本申請に関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関(医療機関・前加入保険者等)へ調査することを同意いたします
------------	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付目付印

被保険者氏名

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

申請内容

1 受診者	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者） 取得日または認定年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日												
1 - ①家族の場合はその方の	氏名 生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日												
2 傷病名	3 発病または負傷年月日 平・令 年 月 日												
4 発病の原因および経過（詳しく）	1. 病気 2. 歯科 3. ケガ ※ケガの場合 ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。 (原因および経過)												
5 診療を受けた医療機関等の	<table><tr><td>名称</td><td>所在地</td><td>診療した医師等の氏名</td></tr><tr><td>国名</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>名称</td><td>所在地</td></tr><tr><td></td><td></td><td>診療した医師等の氏名</td></tr></table>	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
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	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日												
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和 年 月 日 から 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。 ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [年 月 日 ~ 令和 年 月 日) ・ 渡航期間（令和 ・ 渡航目的 海外滞在の理由 [												

海外療養費について

海外療養費とは

海外療養費制度は、海外旅行中や海外赴任中（海外勤務での業務災害以外）の急な病気やけがなどにより、やむを得ず現地の医療機関で診療等を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けられる制度です。

給付の範囲

海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療と認められている医療行為に限られます。そのため、美容整形やインプラントなど、日本国内で保険適用とならない医療行為や薬が使用された場合は全額自己負担となり、給付対象になりません。

支給金額

・日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から、自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。

日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なくなることがありますので、ご了承ください。

・外貨で支払われた医療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算し支給額を算出します。

提出書類

【医科の場合】

- ☐ 1. 海外療養費支給申請書
- ☐ 2. 様式A・診療内容明細書および日本語訳
- ☐ 3. 様式B・領収明細書および日本語訳
- ☐ 4. 領収書原本およびその日本語訳 ※領収書原本への日本語訳の書き込みは禁止
- ☐ 5. パスポートの写し（①氏名と②当該期間の渡航記録が確認できる出入国スタンプのページ）
- ☐ 6. 出入国記録票
- ☐ 7. 同意書（海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）

※ケガ（負傷）による申請の場合、負傷原因届を併せてご提出ください。

【歯科の場合】

- ☐ 1. 海外療養費支給申請書
- ☐ 2. 様式C・診療内容明細書および日本語訳
- ☐ 3. 領収書原本およびその日本語訳 ※領収書原本への日本語訳の書き込みは禁止
- ☐ 4. パスポートの写し（①氏名と②当該期間の渡航記録が確認できる出入国スタンプのページ）
- ☐ 5. 出入国記録票
- ☐ 6. 同意書（海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）

※ケガ（負傷）による申請の場合、負傷原因届を併せてご提出ください。

様式A～Cの記載について

様式A～Cは、現地で診察を行った医師に証明をいただく書類です。

審査を行うにあたり、とても重要な書類のため、診察を受けた海外の医療機関には、できるだけ詳細に証明していただくよう、お願いしてください。

特に、様式Aの傷病名や疾病分類番号、様式Bの通貨単位は、必ず証明を受けてください。

様式A～Cは、1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関での証明が必要です。

様式A～Cは、被保険者、受診者等による記入はできません。担当医に記入・署名をご依頼ください。

様式A～Cは、同様の項目・内容が記載されていれば、独自に作成した様式を使用されても構いませんが、日本語訳は必ず添付してください。

注意事項

- ・海外で治療費の支払いをした翌日から2年を経過すると、時効により申請できなくなります。
- ・療養（治療）の目的で海外に出向き、診察を受けた場合は支給の対象になりません。
- ・海外療養費の審査には、通常、数か月お時間をいただきます。
（被保険者や医療機関等に照会することがあります。）