海外療養費の申請について

海外療養費とは

- 私費旅行や赴任中など、海外において病気やケガでやむを得ず現地の医療機関において診療を受けた場合、申請により医療費の一部について払い戻しを受けることができる制度です。

支給の対象となるもの

- この制度の支給対象は、日本国内で保険診療として認められている治療に限られます。
- 治療（療養）を目的として、海外へ渡航し、診療を受けた場合などは支給対象となりません。

支給金額について

- 日本国内で診療を受けたと仮定した場合の診療金額に換算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。
- 外貨で支払われた医療費については、その支給決定日の外国為替換算率（売りレート）により円に換算し、支給額を計算します。

申請に必要な書類について

① 海外療養費支給申請書

② 医科の申請は診療内容明細書（様式A）／歯科の申請は歯科診療内容明細書（様式C）

③ 領収明細書（様式B）

④ 現地で支払った領収書の原本

⑤ 現地で発行された書類（診療にかかる明細、領収書等）で**外国語表記の箇所すべてにかかる日本語翻訳（単に Google 翻訳等で翻訳しただけのものは不可）** **※翻訳者の署名・住所の記載が必須です**

⑥ 渡航期間の事実が確認できるパスポート、航空券等の写し

⑦ 調査に関わる同意書

⑧ レセプト作成に関わる同意書

⑨ 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類

ご注意

- **診療を受けた国によって物価や医療水準などに違いがあり、海外で支払った総額から自己負担額を差し引いた額よりも、支給額が大幅に少なくなることがあります。**
- 現に海外にある被保険者からの申請や照会は、原則として、事業主等を経由して行います。
- 東淀川健康保険組合から国外への送金は行いません。
- 外傷や第三者の行為が原因である場合は、別途、書類の提出が必要となります。

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（申請者）情報

健康保険（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成
氏名 記入日	（フリガナ）	以下のとおり、健康保険海外療養費の支給を申請します。 記入日 令和 年 月 日	
郵便物を受けとることができる住所	（〒 ー ）	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

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 3. その他（ ）	口座番号	左づめでご記入ください。
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

「2」の場合は必ず記入してください。

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。 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（口座名義人）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
備考欄	

受付日付印

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。（個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。）

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	□昭和 □平成 □令和 年 月 日
2 傷病名			3 発病または負傷年月日	□平成 □令和 年 月 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1. 病気 （原因および経過を詳しく） 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。			
5 診療を受けた医療機関等の 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	
6 診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 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 令和 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［ ］ ・渡航期間 □令和 年 月 日 ～ □令和 年 月 日 ・渡航目的 海外滞在の理由 ［ ］			

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to the Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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 for each hospitalization / outpatient visit (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 A
様式 A

Attending Physician's Statement
診　療　内　容　明　細　書

1. Name of Patient (Last, First)
   患者名________________________
   Date of Birth（D / M / Y）
   生年月日____.____.____

Sex
性別　　Male　・　Female

Medical Record Number　診療録番号
____

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number For Health Insurance Purposes. (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 Initial Visit（D / M / Y）
   初診日 ____.____.____

4. No. Days of Visit/Treatment
   診療日数 ________ days

5. Type of Treatment
   治療の分類　　（D / M / Y）

☐Hospitalization　From　　/　　/　　to　　/　　/　　(　　days)
入院　自　　/　　/　　至　　/　　/　　(　　日間)

☐Outpatient or Home Visit　　/　　/　　.　　/　　/
入院外　　/　　/　　.　　/　　/

6. Nature of Illness or Injury (in brief)
   病状の概要

____

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

____

8. Was treatment required as a result of accidental injury? ________ ☐Yes　☐No
   治療は事故の傷害によるものですか？

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician：Please fill out 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

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION　担当医情報欄

Medical Institution Name:（医療機関名）

Address:（住所）

Name of Physician:（担当医名）　　Title:（称号）

Signature:（署名）

Phone:（電話）

Date Completed:（作成年月日）　　.　　.

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. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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 for each hospitalization / outpatient visit (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 B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

1. Initial Office Visit	初　診　料	
2. Follow-Up Office Visit	再　診　料	
3. Home Visit	往　診　料	
4. Hospitalization	入　院　費	
5. Consultation	診　察　費	
6. Operation	手　術　費	
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	
9. Tests Performed *検査内容を記入 *Please provide details below	諸 検 査 費	
10. Medications *薬品名・投与量を記入 *Please provide the name and dosage for each medication	医　薬　費	
11. Treatments/Procedures	処　置　費	
12. Surgical Dressings	包　帯　費	
13. Anesthetics	麻　酔　費	
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	
15. Other (Please specify)	その他(特記せよ)	
16. Total	合　計	
		Currency Unit 通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意： 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name:(医療機関名)

Address:(住所)

Name of Physician:(担当医名)　　Title:(称号)

Signature:(署名)

Phone:(電話)

Date Completed:(作成年月日)　　.　　.

様式 B　　邦訳

9. 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

10. 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

調査に関わる同意書　Agreement of Authorization

◆ 患者名 ______________________　(Name of patient) ______________________

◆ 生年月日(西暦)　Date of birth　Year ________年　Month ______月　Day ______日

◆ 住所　Address ____

◆ 治療開始日(西暦)　Starting date of medication　Year ________年　Month _____月　Day _____日

東淀川健康保険組合　御中
私(療養を受けた者)、____________は、東淀川健康保険組合の職員又は東淀川健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。
また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを東淀川健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Higashiyodogawa Health Insurance Society
I (patient who has received treatment) authorize Higashiyodogawa Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.
Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄　Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) ______________________　(Signature) ______________________

(住所　Address) ____

(日付　Date)　Year ________年　Month ______月　Day ______日

(患者との関係　Relation to the insured)

本人　Self　・　親権者　Guardian　・　法定相続人　Heir　・　その他　Other〔　　　　　　〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。
※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.　(6.12)

東淀川健康保険組合　理事長　殿

レセプト作成に関わる同意書

海外療養費の支給金額を決定するにあたり、日本国内で診療を受けたと仮定した場合の診療金額に換算する（レセプトを作成する）作業を、東淀川健康保険組合がレセプト作成会社（以下、「作成会社」という。）に委託し、その際、患者が現地医師から証明を受けた診療内容明細書等を作成会社に提示することを、異議なく同意いたします。

以上

令和 ＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
健康保険用国際疾病分類表

I Certain infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症

0101 Intestinal infectious diseases
腸管感染症

0102 Tuberculosis
結核

0103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
主として性的伝播様式をとる感染症

0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患

0105 Viral hepatitis
ウィルス肝炎

0106 Other viral diseases
その他のウィルス疾患

0107 Mycoses
真菌症

0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症

0109 Other infectious and parasitic diseases
その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms
新 生 物

0201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物

0202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物

0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物

0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物

0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
気管、気管支及び肺の悪性新生物

0206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物

0207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物

0208 Malignant Lymphoma
悪性リンパ腫

0209 Leukaemia
白血病

0210 Other Malignant neoplasms
その他の悪性新生物

0211 Other benign neoplasms and other neoplasms
良性新生物及びその他の新生物

III Diseases of the blood and blood－forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

0301 Anaemias
貧血

0302 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases
内分泌、栄養及び代謝疾患

0401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害

0402 Diabetes mellitus
糖尿病

0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V Mental and behavioural disorders
精神及び行動の障害

0501 Vascular dementia and Unspecified dementia
血管性及び詳細不明の痴呆

0502 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
精神作用物質使用による精神及び行動の障害

0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

0504 Mood [affective] disorders
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)

0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

0506 Mental retardation
知的障害(精神遅滞)

0507 Other psychoses and disorders of action
その他の精神及び行動の障害

VI Diseases of the nervous system
神経系の疾患

0601 Parkinson's disease
パーキンソン病

0602 Alzheimer's disease
アルツハイマー病

0603 Epilepsy
てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system
自律神経系の障害

0606 Others
その他の神経系の疾患

Ⅶ Diseases of the eye and adnexa
眼及び付属器の疾患

0701 Conjunctivitis
結膜炎

0702 Cataract
白内障

0703 Disorders of refraction and accommodation
屈折及び調節の障害

0704 Other diseases of the eye and adnexa
その他の眼及び付属器の疾患

Ⅷ Diseases of the ear and mastoid process
耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa
外耳炎

0802 Other disorders of extarnal ear
その他の外耳疾患

0803 Otitis media
中耳炎

0804 Other diseases of middle ear and mastoid
その他の中耳及び乳様突起の疾患

0805 Disorders of vestibular function
メニエール病

0806 Other diseases of inner ear
その他の内耳疾患

0807 Other disorders of ear
その他の耳疾患

Ⅸ Diseases of the circulatory system
循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases
高血圧性の疾患

0902 Ischaemic heart diseases
虚血性心疾患

0903 Other forms of heart disease
その他の心疾患

0904 Subarachnoid hemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage
脳内出血

0906 Occulusion of precerebral and Cerebral arteries
脳梗塞

0907 Cerebral arteriosclerosis
脳動脈硬化(症)

0908 Other cerebrovascular diseases
その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis
動脈硬化(症)

0910 Haemorrhoids
痔核

0911 Hypotension
低血圧症

0912 Other disorders of circulatory system
その他の循環器系の疾患

Ⅹ Diseases of the respiratory system
呼吸器系の疾患

1001 Acute nasopharyngitis [common cold]
急性鼻咽頭炎 [かぜ](感冒)

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎

1003 Other acute upper respiratory infections
その他の急性上気道感染症

1004 Pneumonia
肺炎

1005 Acute bronchitis and bronchiolitis
急性気管支炎及び急性細気管支炎

1006 Vasomotor and allergic rhinitis
アレルギー性鼻炎

1007 Chronic sinusitis
慢性副鼻腔炎

1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic
急性又は慢性と明示されない気管支炎

1009 Chronic obstructive pulmonary diseases
慢性閉塞性肺疾患

1010 Asthma
喘息

1011 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸器系の疾患

ⅩⅠ Diseases of the digestive system
消化器系の疾患

1101 Dental caries
う蝕

1102 Gingivitis and periodontal diseases
歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other disorders of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持組織の障害

1104 Gastric and duodenal ulcer
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍

1105 Gastritis and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎

1106 Alcoholic liver disease
アルコール性肝疾患

1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified
慢性肝炎(アルコール性のものを除く)

1108 Liver cirrhosis
肝硬変(アルコール性のものを除く)

1109 Other disorders of liver
その他の肝疾患

1110 Cholelithiasis and cholecystitis
胆石症及び胆のう炎

1111 Diseases of pancreas
膵疾患

1112 Other diseases of digestive system
その他の消化器系の疾患

XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema
皮膚及び湿疹

1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis
関節症

1303 Spondylopathies
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome
頚腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

XIV Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure
腎不全

1403 Urolithiasis
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

XV Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩

1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

XVI Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others
その他の周産期に発生した病態

XVII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形

1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.
1503番 (※印)は健康保険は適用されません。