

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場合があります。
- 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いりません。
- 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

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

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

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- 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。
- 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 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 C
様式 C

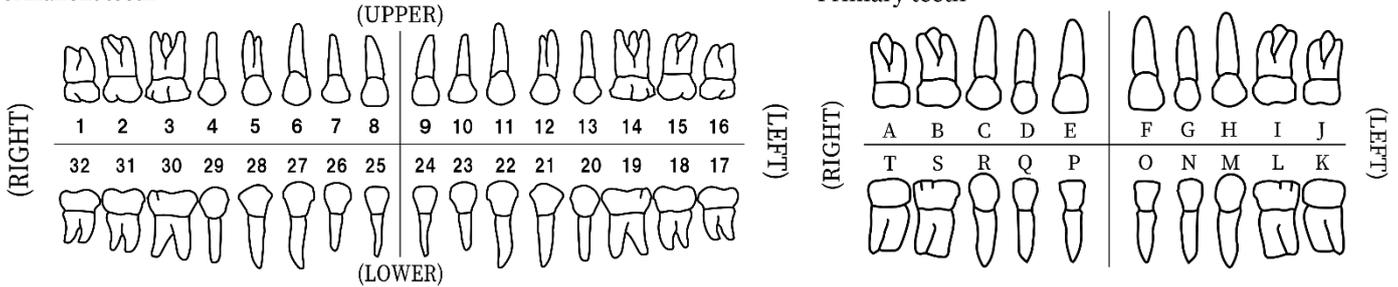
Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 _____	Sex Male • Female 性別 _____
Date of Initial Visit (D/M/Y) 初診日 _____	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days	Medical Record Number 診療録番号 _____

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth

Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
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 *Material 素材()					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()					
Post Crown 継続歯 *Material 素材()					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()					
Bridgework ブリッジ *Material 素材()					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

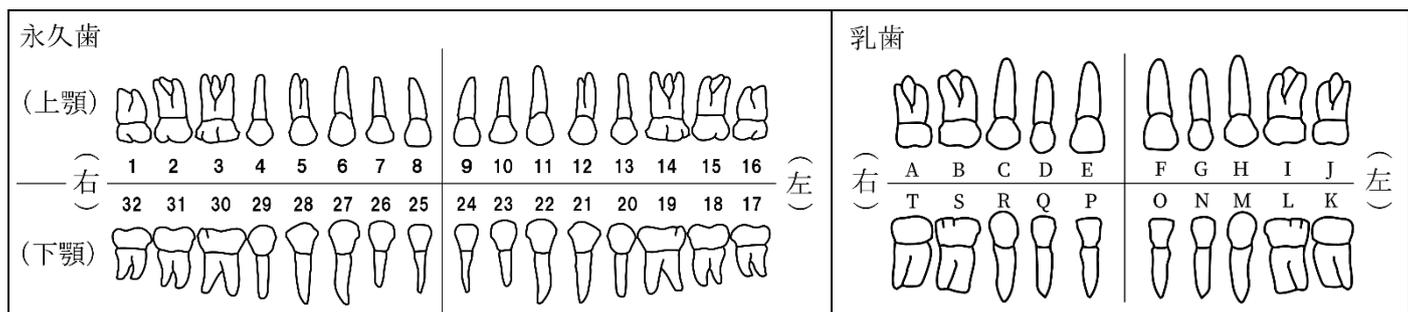
Name of Dentist: (担当歯科医)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
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

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

印

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 _____