

海外療養費の支給申請手続き

海外療養費の請求は療養費支給申請書に、診療内容明細書（Form A）、領収明細書（Form B）【歯科の場合は歯科領収明細書】領収書（すべて原本が必要になります）、旅券・航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写しを添付し、当健康保険組合へ申請してください。

診療内容明細書（Form A）、領収明細書（Form B）【歯科の場合は歯科領収明細書】については、治療を受けた医師に記入してもらってください。

外国語で作成されている箇所は、すべて日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

療養費支給申請書の「⑫健康保険で受けることができなかった理由欄」に海外での受診が必要になった理由をご記入ください。

（例）アメリカに海外旅行中のため、等

請求の手続き等についてわからないことがありましたら、健康保険組合へお問い合わせください。

海外療養費に係る通知

1) 健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について

(昭和56年2月25日 保険発第7号)

第四 海外において療養を受けた場合の療養費等の支給に関する事項

1. 被保険者又は被扶養者が、海外の病院等において療養等を受けた場合の費用については、健保法第44条又は船保法第29条に基づき療養費の支給が行われるものであること。
2. 療養費の支給は、病院等が発行する診療等の内容を明らかにした費用の額に関する証拠書類等に基づき行うものとする。
3. 海外における療養に要する費用の算定に関しては、国内において保険医療機関以外の病院等で療養等を受けた場合と同じく、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（昭和33年6月30日厚生省告示第177号）」の算定の例によるものであるが、これによることが困難である場合には、国内における同様の傷病に係る療養に要する費用の実績額によって算定することもやむを得ないものであること。

2) 健康保険法等の一部を改正する法律の施行に係る事務取扱いについて

(昭和56年2月25日 保険発第10号)

第四 海外において療養を受けた場合の療養費等の支給に関する事項

被保険者等が海外にあるときに発生した保険事故に係る療養費等に関する申請手続等は次のとおりである。

1. 療養費支給申請書等に添付する証拠書類が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を添付することとされた。
2. 療養費支給申請書等の証拠書類に添付する翻訳文には翻訳者の氏名及び住所を記載させる。
3. 療養費支給申請書等に添付させる証拠書類の様式は、別添「診療内容明細書」及び「領収明細書」を参考にする。
4. 現に海外にある被保険者からの療養費等の支給申請は、原則として、事業主等を経由して行わせ、その受領は事業主等が代理して行うものとし、国外への送金を行わない。

なお、療養費等の受領が事業主又は事業主の代理人に委任された場合は、当該療養費等の授受の状況を明らかにしておくよう指導する。

5. 現に海外にある被保険者の療養費等の支給に係る照会は、事業主等を経由して行う。
6. 海外における療養費等の支給額の算定に用いる邦貨換算率は、その支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いる。

３）健康保険法施行規則等の一部を改正する省令等の公布について

（平成２８年２月４日 保発０２０４第４号）

第二 海外療養費に関する事項

海外療養費の支給申請に当たって、

- ・ 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- ・ 保険者が海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することに関する当該海外療養を受けた者の同意書を添付書類として求めること。（健保則第 66 条関係）

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式が1枚必要です。

Form A
様式 A

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)

患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男・女)

2. Name of Illness

傷病名 _____

3. Date of First Diagnosis: _____, 20____

初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days

診察日数 _____ 日間

5. Type of Treatment

治療の分類

☐ Hospitalization: From _____, 20____ to _____, 20____ (_____ days)

入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)

☐ Outpatient of Home Visit: _____, 20____ _____, 20____

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 accidental injury? Yes ☐ No ☐

治療は事故の傷害によるものですか? はい いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: Form B

治療実費 _____ 様式 B

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

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 _____

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式が1枚必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

(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	職業看護婦費	\$	_____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	_____
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	_____
(11) Medicines	医薬費	\$	_____
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	_____
(13) Anesthesia	麻酔費	\$	_____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____
(15) Others (Specify)	その他 (特記せよ)	\$	_____ \$
		\$	_____ \$
(16) Total	合計	\$	_____

Unit is _____

貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., and payment for luxurious room charge.
注 意: 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____