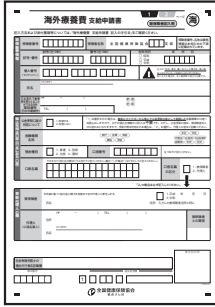


海外療養費 支給申請書 記入の手引き

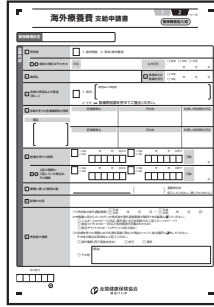
海外旅行中や海外赴任中に急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で診療等を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ



2/2ページ



申請書は、家族(被扶養者)の海外療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

①	海外療養費支給申請書・・・ア	
②	医科の場合 様式A・診療内容明細書・・・イ <small>※健康保険国際疾病分類番号をご証明いただく場合は、「国際疾病分類表」を参照してください。</small>	歯科の場合 様式C・歯科診療内容明細書・・・ウ
③	様式B・領収明細書・・・エ	
④	領収書原本及びその日本語訳	
⑤	様式AまたはC及びBの日本語訳 <small>※翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。</small>	
⑥	受診者の海外渡航期間が確認できる書類 受診期間における渡航の事実を確認させていただくため、以下のいずれかを添付してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・パスポートのコピー (①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空チケットのコピー(eチケット控えを含む) 	
⑦	同意書・・・オ <small>※具体的な診療内容について、診療等を受けた医療機関に照会する場合があるため、療養を受けた方の同意書を添付してください。</small>	
⑧	その他(条件に該当する場合に必要な) <ul style="list-style-type: none"> ○ケガ(負傷)による申請の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・負傷原因届・・・カ ○第三者による傷病の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・第三者行為による傷病届・・・キ ○被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合 <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等 ○臓器移植による申請の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・Ⅰ 日本臓器移植ネットワークの登録証明書の写し ・Ⅱ 海外の施設に入院していた間の経過記録の写し ・Ⅲ 臓器移植を必要とする被保険者が「①レシビエント適応基準に該当し、日本臓器移植ネットワークに登録している状態であること・②国内での待機状況を踏まえると、当該患者が、海外で移植を受けない限りは生命の維持が不可能となる恐れが高いこと」について、臓器移植を受ける被保険者等の主治医(学会認定の移植認定医)が作成した海外の施設への紹介状の写しに、部門長又は施設長がサインしたもの 	

※上記「ア～キ」及び「国際疾病分類表」は協会けんぽのホームページでダウンロードできます。

※⑥～⑦は申請の都度、提出が必要で、添付もれが多いためご注意ください。

様式A～Cの記載について

・審査を行うにあたり、とても重要な書類のため、証明していただく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、必ず記載してください。

・1ヵ月ごと、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。

・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ご使用されても構いませんが、日本語訳は必ず添付が必要です。

「海外療養費支給申請書」の提出先

次ページに記入例があります。➡

協会けんぽ神奈川支部で一括審査を行っています。下記へ郵便でご提出ください。
 ご提出先：〒220-8538 神奈川県横浜市西区みなとみらい4-6-2
 みなとみらいグランドセントラルタワー9階
 全国健康保険協会神奈川支部



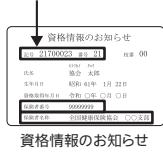
協会けんぽ

検索



訂正される場合は、訂正箇所を黒塗りし、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている保険者番号及び記号・番号等をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 被保険者のマイナンバーは、**①の記号と番号が不明の場合のみ**ご記入ください。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。
①②の両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ② 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ③ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票が住民票記載事項証明書

(※) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人(被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人)が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

3 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

海外療養費 支給申請書

1 2 ページ **海**

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

被保険者番号 010100011	保険者名称 全国健康保険協会 神奈川支部	保険者番号、名称は資格情報のお知らせの下部に記載されています。
記号(左づめ) 21700023	番号(左づめ) 21	生年月日 昭和 610122 平成 令和
個人番号(マイナンバー) 2	氏名 キョウカイ タロウ 協会 太郎	住所 〒105-0000 東京 港区 1-1 △△マンション101
金融機関名称 〇〇〇〇	口座番号 1234567	口座名義 キョウカイ タロウ
公金受取口座利用について 1.希望する 2.希望しない	代理人(口座名義人) 氏名	被保険者との関係

① 記号・番号欄の数字を正確に入力してください。
② マイナンバー欄は、本人確認書類を添付した上で入力してください。
③ 氏名欄は、フリガナとローマ字で入力してください。
④ 住所欄は、〒(郵便番号)と市区町村、番地、建物名を正確に入力してください。
⑤ 公金受取口座欄は、「1.希望する」を選択した場合、事前マイナポータルにて登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。ただし、公金受取口座は、被保険者本人の口座のみとなりますので、受取代理を利用される場合は、「2」を選択し、代理人口座をご記載ください。
⑥ 金融機関名称欄は、振込先金融機関の名称を正確に入力してください。口座番号欄は、口座番号を正確に入力してください。口座名義欄は、口座名義を正確に入力してください。

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理の欄
被保険者 本申請に基づく給付金に関する受取を下記の代理人に委任します。
氏名 住所 入力した被保険者住所と同じ
代理人(口座名義人) 住所 氏名 被保険者との関係

社会保険労務士の提出代行番号記載欄
株式会社番号 協会使用欄
661126 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

4 海外に在住のため、日本国内に住所がない場合は、勤務先や親族宅等、郵便物を受けとることができる日本国内の住所をご記入ください。

5 公金受取口座とは?
給付金などを受け取るための口座として、あらかじめ国(デジタル庁)に登録を行った口座です。
公金受取口座の登録申請方法はデジタル庁のホームページをご確認ください。なお、登録状況はマイナポータルより「おかね」⇒「公金受取口座」にてご確認ください。
公金受取口座の利用は被保険者本人が請求を行う場合のみ希望することができます。(代理人の方が請求する場合、公金受取口座を利用することはできません。)

6 公金受取口座の利用について「2.希望しない」を記入された方もしくは代理人の方からご請求いただく場合は、口座情報をご記入ください。
※公金受取口座の利用について「1.希望する」を記入された方が誤って口座情報を記入された場合は、公金受取口座へのお振込みを優先させていただきます。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・口座番号をご記入ください。

海外療養費 支給申請書

1 2 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容	1 受診者	2 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 協会 二郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 18年 10月 26日
	2 傷病名	左足首ねん挫	3 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 1月 1日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 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情報	医療機関名 〇〇 MEDICAL CLINIC 所在地 2010 SOUTH ARLINGTON 診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇	国名 アメリカ
	6 診療を受けた期間	7 2 1.平成 2.令和 年 月 日から 年 月 日まで 060101 060102 2日	8 1.平成 2.令和 年 月 日から 年 月 日まで [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 日
	7 療費に要した費用の額	8 100 (アメリカドル) 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	診察のうえ、湿布薬を処方された。	
	9 受診者の情報	(1)受診者の海外渡航期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 1月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 1月 10日 ※申請書に添付していただいた受診者の海外渡航期間が確認できる書類に☑してください。 <input type="checkbox"/> パスポートのコピー(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) <input type="checkbox"/> 査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) <input checked="" type="checkbox"/> 航空チケットのコピー(eチケットの控え含む) (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由について、該当箇所に☑をしてください。 その他の場合は具体的にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 (理由) <input type="checkbox"/> その他	

様式番号

6 6 1 2 2 5

㊞

全国健康保険協会
協会けんぽ

7 自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。
日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

8 領収書(領収明細書)に記載されている金額と通貨単位をご記入ください。



海外療養費の支給要件等

支給を受ける条件

- 1 海外療養費の支給対象は、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っていない医療行為や薬が使用された場合は、給付の対象になりません。
- 2 療養（治療）目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は、支給対象となりません。また、日本で実施できない診療を行った場合も、保険給付の対象とはなりません。（支給要件を満たす海外での臓器移植を除く）
- 3 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。

支給額

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、加入者が負担すべき額を差し引いた額を支給します。

- 日本と海外では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。

実際に支払った額		保険診療が認められないものは支給計算の対象外となります。
一部負担金等相当額	払いもどされる額(海外療養費)	
実際に支払った額		協会けんぽが計算した金額と比べて超過した額は、支給計算の対象外となります。
協会けんぽが健康保険の基準で計算した額		
一部負担金等相当額	払いもどされる額(海外療養費)	

- 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て支給金額を算出します。
- 海外療養費の審査は、被保険者や医療機関等に照会することがありますので、時間がかかる場合があります。
- 海外療養費の支給は、海外への直接送金はできません。事業主または日本在住のご家族の方などに受け取りを委任してください。（海外療養費支給申請書の受取代理人の欄にご記入ください）