



記入例

療養費支給申請書(海外療養費)

1 2 ページ

船員保険 被保険者
家族 療養費 支給申請書
(立替払等)

立

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)欄	① 記号番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3			
	② 個人番号 (マイナンバー)					
	記号番号を記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)の記入は不要ありません。(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。					
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎				
	④ 生年月日	(西暦) 平成 (令和)	○	○	0	1 2 3
	⑤ 住所	郵便番号 東京	1 0 2 - 8 0 1 6	電話番号 (白中の連絡先)	03 (xxxx) 0000	
⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に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。			
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。					
	金融機関名称	銀行 信金 農金 信連 農連 その他		本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所)		
	預金種別	(普通) (当座)		カタカナでご記入ください。		
口座番号	口座名義					

⑦ 受取代理人の欄	④ 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託します。			令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ) 氏名	被保険者との 関係		
住所	(郵便番号 -)	電話番号 (白中の連絡先)	()		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1
受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦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

①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、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 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に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑥をご確認ください。

2

船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族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。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3

公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1

R8.1

被保険者
船員保険 家族 療養費 支給申請書
(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

⑧	受診者 ※被保険者の場合、 ⑧の記入は不要です。	氏名			生年月日 〔西暦〕 〔平成〕 〔令和〕	年 月 日	
	傷病名	急性胃腸炎		発病 または 負傷年月日 〔西暦〕 〔平成〕 〔令和〕	○ 年 3 月 4 日		
⑩	⑥ 発病の原因および経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気(疾病) → [発病時の状況 休憩中に痛くなり受診した]					
	<input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。						
⑪	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名		
		OOMEDICAL CLINIC	2010 SOUTH ARLINGTON		○○ ○○		
		医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名		
⑫	⑦ 診療を受けた期間	令和 ○ ○ 0 3 0 7 年 月 日	から	令和 ○ ○ 0 3 0 7 年 月 日	まで	日数 1 日間	
		上記の期間に入院していた場合は、その期間 年 月 日 から					年 月 日 まで
							日数 日間
⑬	⑧ 診療に要した費用の額	500ドル 海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単価をご記入ください。 円 (国名: アメリカ) (通貨: ドル)					
⑭	診療の内容	診察して薬を処方された。					
⑮	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため <input checked="" type="checkbox"/> 海外で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受診したため <input type="checkbox"/> その他 [理由]					

6

病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。)

ケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を添付してください。

7

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。

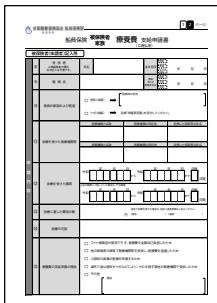
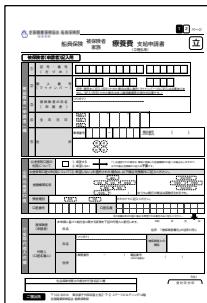
日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

8

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。



申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。



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

被保険者が亡くなった場合は、生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

添付書類をご用意ください。

●医科の場合

- ①療養費支給申請書……………ア
- ②診療内容証明書(様式A)……………イ
- ③領収明細書(様式B)……………ウ
- ④現地で支払った領収書の原本

●歯科の場合

- ①療養費支給申請書……………ア
- ②領収明細書(様式B)……………ウ
- ③歯科診療内容明細書(様式C)……………エ
- ④現地で支払った領収書の原本

●医科・歯科共通

⑤各添付書類の翻訳文

・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。

⑥受診者の海外渡航期間がわかる書類

・パスポート・ビザ・航空チケットなど当該渡航期間がわかる部分のコピー等

※パスポートの場合は、氏名・顔写真と出入国のスタンプのページの両方のコピーを添付してください。

(診療を受けた期間に渡航先に滞在していたことが分かるように目印をつけてください。)

⑦同意書(様式D)……………オ

※様式A・様式B・様式Cの記載について

・審査を行うにあたり、重要な書類です。証明していただく海外の医療機関には、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ヶ月ごと、受診者ごと、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。

・同様の項目や内容の記載があれば、海外の医療機関による独自作成の様式も使用可能です。(各書類の翻訳文は必ず添付してください。)

●その他(当てはまる場合に添付していただくもの)

ケガ(負傷)による申請の場合

- 負傷原因届……………カ

第三者による傷病の場合

- 第三者行為による傷病届……………キ

被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合

- 亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」
- 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

- 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等が「①レシピ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「イ～オ」および「国際疾病分類表」については船員保険部にお問い合わせください。

上記「ア」「カ～キ」はホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。)



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、一部負担金等相当額(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一部負担金相当額(加入者が負担すべき額)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	
一部負担金等相当額	払い戻される額(海外療養費)
	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。

- 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できますので、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。船舶所有者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。(療養費支給申請書の受取代理人の欄にご記入ください。)