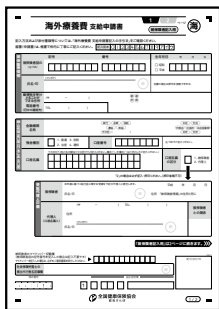


# 海外療養費 支給申請書 記入の手引き

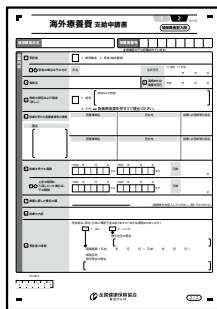
海外旅行中や海外赴任中に急な病気やけがなどにより、やむを得ず現地の医療機関で診療等を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

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)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身でご記入ください。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。

<p><b>■ 医療費を自費で支払ったとき</b> (海外療養費)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医科の場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 海外療養費支給申請書…ア</li> <li>② 診療内容明細書(様式A)…イ</li> <li>③ 領収明細書(様式B)…ウ</li> <li>④ 現地で支払った領収書の原本</li> </ul> </li> <li>● 歯科の場合               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 海外療養費支給申請書…ア</li> <li>② 領収明細書(様式B)…ウ</li> <li>③ 歯科診療内容明細書(様式C)…エ</li> <li>④ 現地で支払った領収書の原本</li> </ul> </li> <li>● 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。</li> <li>● 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)</li> <li>● 海外での診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書…オ 具体的な診療内容等について、診療等を受けた医療機関等に照会するため、療養を受けた方の同意書を添付してください。</li> </ul>
<p><b>■ &lt;様式A・様式B・様式C&gt;の記載について</b></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>診療内容明細書(様式A)を作成する際、健康保険用国際疾病分類番号をご証明いただく場合は、当協会のホームページにある「国際疾病分類表」を参照してください。(「国際疾病分類表」も申請書等と同様、ホームページからダウンロードできます)</p> </div> <p>様式A～Cは、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。</p> <p>様式A～Cは、1ヶ月ごと、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。</p> <p>上記「ア、イ、ウ、エ、オ」は、当協会のホームページでダウンロードできます。</p>
<p><b>■ ケガ(負傷)による申請の場合</b></p>	<p>● 負傷原因届</p>
<p><b>■ 第三者による傷病の場合</b></p>	<p>● 「第三者行為による傷病届」 詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。</p>
<p><b>■ 被保険者が亡くなり、相続人の方が請求する場合</b></p>	<p>● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等</p>

次ページに記入例があります。➡

ご提出先

平成28年10月から、協会けんぽ神奈川支部で審査を行いますので、神奈川支部に郵便でご送付ください。  
 ご提出先：〒240-8515 横浜市保土ヶ谷区神戸町1-3-4 横浜ビジネスパークイーストタワー  
 全国健康保険協会神奈川支部



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX

## 海外療養費 支給申請書

1 2 ページ 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。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイウ

**1** 被保険者情報

記号	番号	生年月日	年	月	日
21700023	21	611022			
氏名・印 協会 太郎		昭和 平成			
郵便物を受けとることができる住所 〒105-0000 東京 港区 1-1		△△マンション101			
電話番号 (日中の連絡先) TEL 090 (XXXX)XXXX					

**2** 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 代理店(出張所) 本店営業部 本所(支所)	
預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1234567
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
キョウカイ タロウ			1 1.被保険者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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。	平成 年 月 日
被保険者	氏名・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ)	被保険者との関係

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

**4** 被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 1

受付日付印 (29.7)

### 記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

**1** 記号・番号は、保険証に記載されています。

**2** 被保険者が亡くなって、相続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。

**3** 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)・預金種目・口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店(支所)	二三八
預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1234567
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
キョウカイ タロウ			1 1.被保険者 2.代理人

**4** 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。  
 ・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。\* 貼付台紙に ㊦ ㊧ どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。  
 ㊦ 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  
 ㊧ 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、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書  
 ※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。

# 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** 保険者番号 **0 1 0 1 0 0 1 1** **5**

★保険証のドに記載されています。

**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  昭和  平成 **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 平成 **28 年 4 月 2 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 → 真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	所在地	診療した医師等の氏名
〇〇 MEDICAL CLINIC	2010 SOUTH ARLINGTON	〇〇〇〇
国名		
アメリカ		

6 診療を受けた期間 (平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで 日数 **2** 日

6-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間 (平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで 日数 日

7 療費に要した費用の額 **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

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 (平成 28 年 4 月 1 日 ~ 平成 28 年 4 月 8 日)

・渡航目的

海外滞在の理由

海外旅行のため

様式番号

□□□□□□


全国健康保険協会  
協会けんぽ

2 / 2

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

**5**

保険者番号は、保険証に記載されています。



**6**

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。

**7**

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。

# 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となる場合は、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。日本で実施できない診療(治療)を行った場合でも、保険給付の対象とはなりません。
- 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、自己負担相当額(患者負担分)を差し引いた額を支給します。

- 日本と海外での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。
自己負担相当額	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、療養費の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		
自己負担相当額	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。
- 海外療養費の審査には、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)