

健康保険 海外療養費 支給申請書

注意事項

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。

【注意事項】

- ① 申請書は、月(1日から末日)を単位に申請してください。
- ② 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて申請してください。

【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、給付対象外です。
- 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。

※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。

【添付書類】

	<医科の場合>	<歯科の場合>
医療費を自費で支払ったとき (海外療養費)	①海外療養費支給申請書 ②診療内容明細書(様式A) ③領収明細書(様式B) ④現地で支払った領収書の原本	①海外療養費支給申請書 ②領収明細書(様式B) ③歯科診療内容明細書(様式C) ④現地で支払った領収書の原本
	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。 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 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 ※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。	
<様式A・様式B・様式C>の 記載について	診療内容明細書(様式A)を作製する際、健康保険用国際疾病分類番号をご証明いただく場合は、この申請書の末尾にある「国際疾病分類表」を参照してください。 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。 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。	
ケガ(負傷)による申請の場合	「負傷原因届」	
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」	
被保険者が亡くなり、相続人の方が 請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等	

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

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。				生年月日	年	月	日
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	(フリガナ) ケンポ タロウ	1 5		2 3 6 9 1 7 9		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5 8 1 1 0 6	
	住所	(〒 485 - 0831)	愛知県小牧市〇〇〇 1 - 〇 - 〇		△△マンション〇〇〇号室		<input type="checkbox"/> 平成		
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0568 (xx) xxxx	携帯 090 (xxxx) xxxx						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)									

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 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	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	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
ケンポ° タロウ				1	1. 申請者 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	被保険者 (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任します。		平成	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(フリガナ)			委任者と 代理人との 関係		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイ 記入不要 必要です
被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

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

健保 太郎

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 傷病名	左足首捻挫	3 発病または 負傷年月日	平成 30年 3月 19日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2. 病気 (原因および経過) 詳しく記入してください 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 国名	名称 〇〇MEDICAL CLINIC	所在地 〇〇 W. STATEST. COLUMBUS	診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数 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	年 月 日	日数 日
	7 療養に要した費用の額	657 (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。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [海外赴任中のため] ・渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由 []			