

## 海外療養費 支給申請書 記入の手引き

海外旅行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。

被保険者が亡くなられている場合は、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 | <b>医科の場合</b><br>様式A・診療内容明細書・・・イ<br>※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。   | <b>歯科の場合</b><br>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   |                                   |
| ⑤ | 様式AまたはC及びBの日本語訳<br>※翻訳文には、翻訳者が署名（自署）し、住所および電話番号を明記してください。   |                                   |
| ⑥ | <b>受診者の海外渡航期間が確認できる書類</b><br>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"> <li>・パスポートのコピー（①氏名・顔写真②当該機関の出入国スタンプのページ）</li> <li>・査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの）</li> <li>・航空チケットのコピー（eチケット控えを含む）</li> </ul>  |                                   |
| ⑦ | 様式D・同意書・・・オ<br>※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。  |                                   |
| ⑧ | その他（条件に該当する場合に必要） <ul style="list-style-type: none"> <li>○ケガ（負傷）による申請の場合                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・負傷原因届・・・カ</li> </ul> </li> <li>○第三者による傷病の場合                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者行為による傷病届・・・キ</li> </ul> </li> <li>○被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等</li> </ul> </li> </ul> |                                   |

※上記「ア～キ」及び「国際疾病分類表」はタムラ製作所健康保険組合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、提出が必要です。

### 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いただくよう、お願いしてください。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か月ごと、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。

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43  
 TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

**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

|  |   |  |               |  |   |
|--|---|--|---------------|--|---|
| <b>1</b>   | 被保険者証の<br>(右づめ)   | 記号<br>6 7  | 番号<br>1 2 3 4 | 生年月日<br>年 月 日<br><input type="checkbox"/> 印刷<br><input type="checkbox"/> 甲戌<br><input type="checkbox"/> 甲申 | 6 1 1 0 2 4   |
|  | 氏名<br>(自署)  | 氏名 (フリガナ) <b>ケン 保 太郎</b><br><b>健保 太郎</b>   |               |  |   |
| <b>2</b>   | 住所  | (〒 1 7 8 - 1 2 3 4 ) 東京都 練馬区西大泉 7 - 6 - 5  |               |  |   |
|  | 電話番号<br>(日中の連絡先)  | TEL 03 (0000 4444)   |               |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は只) |   |  |               |  |   |
| <b>3</b>   | 金融機関<br>名称  | 預金種別<br><input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段<br><input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知 |               | 口座番号   | 左づめでご記入ください。  |
|  | 口座名義  | ▼カタカナ(姓)との欄は「マス」空けてご記入ください。漢字「」は半角で「」は半角としてご記入ください。  |               | 口座名義<br>の区分  | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人 |
|  | 口座名義の区分「2: 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記入ください。                     |  |               |  |   |
| 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。 令和 X 年 12 月 19 日                  |   |  |               |  |   |
| 受取代理人の欄  |   | 被保険者<br>(申請者)<br>目録<br>氏名 <b>健保 太郎</b> 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ  |               | 委任者と<br>代理人との<br>関係  |   |
| 代理人<br>(口座名義人)   |   | <b>受取代理人(事業主) 記入欄</b>  |               |  |   |
| 【申請者記入用】は2ページに続きます。】】】   |   |  |               |  |   |
| <b>4</b>   | 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です<br>マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です |  |               |  | (R2.12)   |
|  | 被保険者のマイナンバー記載欄 <b>被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です</b>                        |  |               |  | 受付日付印   |
| 社会保険労務士の<br>提出代行番号記載欄  |   |  |               |  |   |

記入漏れや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

**1** 記号・番号は被保険者証に記載されています。

**2** 被保険者が亡くなられて、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** タムラ製作所健康保険組合に加入している会社にお勤めの方は振込先指定口座は記入不要です。口座名義の区分を「2. 代理人」を指定し、下の受取代理人の欄の被保険者欄に記名(自署)ください。それ以外の方(任意継続被保険者等)は振込先指定口座を記入し、口座名義の区分は「1. 申請者」を指定してください。受取代理人の欄は記入不要です。

**4** 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

## 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                                   | 口 昭和 □ 平成 □ 令和<br>年 月 日 |
|      | 2 傷病名                                    | 急性胃腸炎   |  |                         |
|      | 3 発病または<br>負傷年月日                         | 令和 X 年 10 月 25 日  |  |                         |
|      | 4 発病の原因および経過<br>(詳しく)                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気<br>(原因および経過)<br>原因：不明<br>朝から体が急に発熱、腹痛、嘔吐の症状があり病院へ行<br>き薬を貰った<br>2. ケガ ⇒ 負傷原因等を併せてご提出ください。   |  |                         |
|      | 5 診療を受けた医療機関等の<br>国名                     | 名称  | 所在地                                    | 診療した医師等の氏名              |
|      | <input checked="" type="checkbox"/> アメリカ | 〇〇MEDICAL CLINIC  | 2016 Lomita Blvd.,<br>Lomita CA, 90717 | 〇〇 □□□                  |
|      | 6 診療を受けた期間                               | (令和) 年 月 日  | から                                     | (令和) 年 月 日              |
|      |  | X 10 25   | から                                     | X 10 25                 |
|      |  |   |  | 日まで 日数 1 日              |
|      | 6-①上記の期間に<br>入院していた場合は、<br>その期間          | (令和) 年 月 日  | から                                     | (令和) 年 月 日              |
|      |  |   |  | 日まで 日数 日                |
|      | 7 療養に要した費用の額                             | 2,400 (USD) 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・薬を処方してもらう  |  |                         |
|      | 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. いいえ<br>↓ 海外在住の理由<br>・渡航期間 ( X 年 10 月 01 日 ~ X 年 11 月 30 日 )<br>・渡航目的<br>海外滞在の理由<br><input checked="" type="checkbox"/> 海外出張のため |  |                         |

海外・診療内容明細書と領収明細書も必ず添付をしてください。  
海外・診療内容明細書と領収明細書については  
事業所担当者または健保組合へお問合せください。

記入漏れや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 5** 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。

- 6** 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。

次ページに療養費の支給要件等について案内があります。➡

# 療養費の支給要件等

## 支給を受ける要件

- 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、支給対象とはなりません。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。
- 3 海外で治療費の支払をした翌日から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              | 払い戻される額（海外療養費） |  |
| 実際に支払った額               |                | タムラ製作所健保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。 |
| タムラ製作所健保が健康保険の基準で計算した額 |                |  |
| 一部負担金等相当額              | 払い戻される額（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）