

# 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<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。   | 歯科の場合<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確認できる書類<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・顔写真と②当該期間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 | 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)<br>○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> ○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> ○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> ○臓器移植による申請の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・I 日本臓器移植ネットワークの登録証明書の写し</li> <li>・II 海外の施設に入院していた間の経過記録の写し</li> <li>・III 臓器移植を必要とする被保険者が「①レシipient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</li> </ul> |                            |

※⑥～⑦は申請の都度、提出が必要です。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。

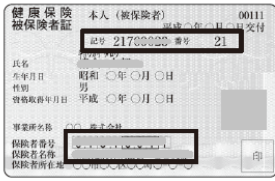
・被保険者、受診者等による記入はできません。担当医に記入・署名をご依頼ください。

次ページに記入例があります。➡

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。

1 ページ

**1** 保険者番号・保険者名称・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** 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。

**4** 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)・預金種別・口座番号をご記入ください。

**5** 被保険者の記号番号がご不明な場合のみ被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。)

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。※1 貼付台紙 に㊦ ① どちらも貼付し、申出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

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、個人番号の通知カードのコピー(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が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。

## 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。  
 届書(申請書)は、黒のボールペン等を使用し、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  
 被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

|                       |                                   |  |
|-----------------------|-----------------------------------|--|
| 被保険者番号                | 保険者                               | 保険者番号、名称は保険証の下部に記載されています。  |
| 記号                    | 番号                                | 生年月日   |
| 2117                  | 21                                | 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> |
| (フリガナ)                | ケンコウ タロウ                          | 年 月 日  |
| 氏名                    | <b>2</b> 健康 太郎                    |  |
| 日本国内で郵便物を受けとることができる住所 | <b>3</b> 東京 港区 〇〇 1-1             |  |
| 電話番号 (日中の連絡先)         | TEL 090 (XXXX) XXXX<br>△△マンション101 |  |

|        |   |
|--------|---|
| 金融機関名称 | 銀行 <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> |
| 預金種別   | 1. 普通 3. 別段 4. 通知 口座番号 1234567 左ついでに記入ください。   |
| 口座名義   | マカタカ <b>4</b> ケンコウ タロウ の間は1マス空けてご記入ください。満点(*)、半満点(*)は1字としてご記入ください。 口座名義の区分 <b>1</b> 1. 被保険者 2. 代理人  |

「2」の場合は必ず記入してください。

|         |  |
|---------|--|
| 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。<br>被保険者 氏名 1. 平成 年 月 日 2. 令和 住所 「被保険者情報」の住所と同じ<br>代理人 (口座名義人) 住所 (フリガナ) 氏名 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。>>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 **5** 受付日付印

1 / 2

|        |  |
|--------|--|
| 金融機関名称 | ゆうちょ 銀行 信組 本店 支店   |
| 預金種別   | 1. 普通 3. 別段 4. 通知 口座番号 1234567 左ついでに記入ください。                                      |
| 口座名義   | マカタカ ケンコウ タロウ の間は1マス空けてご記入ください。満点(*)、半満点(*)は1字としてご記入ください。 口座名義の区分 1. 被保険者 2. 代理人 |

## 海外療養費 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名 **健康 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         | <b>健康 二郎</b>   | 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>18年 10月 26日 |
|      | 2 傷病名                    | <b>左足首ねん挫</b>  | 3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和<br>4年 1月 1日                        |
|      | 4 発病の原因および経過(詳しく)        | 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<br>〇〇 MEDICAL CLINIC<br>所在地<br>2010 SOUTH ARLINGTON<br>診療した医師等の氏名<br>〇〇 〇〇   | 国名<br><b>アメリカ</b>  |
|      | 6 診療を受けた期間               | 6 2 1. 平成 2. 令和<br>年 月 日から 年 月 日まで<br>040101 040102 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 | 1. 平成 2. 令和<br>年 月 日から 年 月 日まで<br>日数 日   |  |
|      | 7 療養に要した費用の額             | 7 100 (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 4年 1月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 1月 10日)<br>※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。<br><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)<br><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)<br><input checked="" type="checkbox"/> 航空チケットのコピー(eチケットの控え含む)<br>(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。<br>その他の場合は具体的にご記入ください。<br><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<br>(理由)<br><input type="checkbox"/> その他 |  |

**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           |                 | 健保組合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。 |
| 健保組合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）