

海外療養費 支給申請に必要な書類

申請書は全**2**ページです。

印刷設定(両面・片面)の指定はありません。

申請書① → 申請者の情報など……申請者(被保険者)が記入

申請書② → 申請内容……申請者(被保険者)が記入

【添付書類】

【医科を受診されたとき】①～⑥全て必要です。

- ① 担当医へお願い(様式A)
- ② 担当医又は病院事務長へのお願い(様式B)
- ③ 領収書(原本)
- ④ 各添付書類の翻訳文(翻訳者の氏名・住所・電話番号を明記してください)
- ⑤ 受診者の海外渡航期間がわかる書類
(被保険者が業務命令で渡航していた場合は辞令の写し、その他パスポート、ビザ、航空チケットいずれかの写し)
- ⑥ 同意書(様式D)

【歯科を受診されたとき】①～⑥全て必要です。

- ① 担当医へお願い(様式C)
- ② 担当医又は病院事務長へのお願い(様式B)
- ③ 領収書(原本)
- ④ 各添付書類の翻訳文(翻訳者の氏名・住所・電話番号を明記してください)
- ⑤ 受診者の海外渡航期間がわかる書類
(被保険者が業務命令で渡航していた場合は辞令の写し、その他パスポート、ビザ、航空チケットいずれかの写し)
- ⑥ 同意書(様式D)

【様式A・様式B・様式Cの記載について】

- ・医療機関が作成する様式です。審査を行うにあたり、重要な書類ですので、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。
- ・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。

海外療養費

制度について

海外旅行中や海外赴任中の急な病気やケガなどにより、現地の医療機関で診療等を受けた場合、申請により支払った医療費の一部払い戻しを受けることができます。

【制度について】

- 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。
- 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。

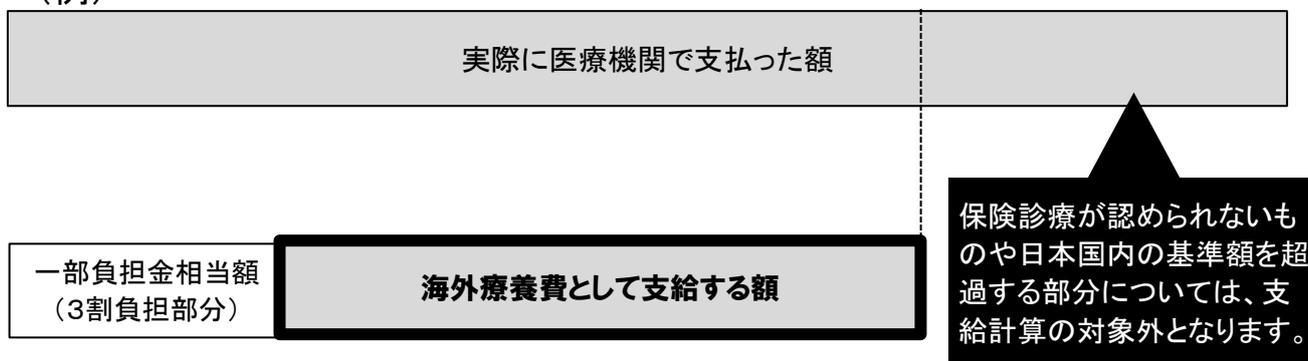
【支給額について】

海外で受けた診療行為について、日本国内における保険診療に照らし合わせ算出した額を基準とし、受診者の一部負担金相当額(3割負担部分)を差し引いた額を支給します。

なお、算出した額が実際に海外で支払った額より多い場合は、海外で支払った額を基準とし支給します。

○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(3割負担部分)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。

(例)



○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。

○海外療養費の支給は、海外へ直接送金することはできません。日本の金融機関の口座を指定していただくか、事業主や日本在住のご家族の方などに委任してください。

健康保険 海外療養費 支給申請書

②

申請者(被保険者) 記入

被保険者氏名

申請内容(該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください)

1 受診された方

氏名

生年月日

昭和
平成
令和

年 月 日

2 療養費の支給
申請の理由

1. 海外赴任中のため
2. 海外赴任中の被保険者に帯同している家族のため
3. 海外旅行中のため
4. 海外留学中のため
5. その他 [(理由)]

3 治療を受けた医療機関等の国名

4 傷病名

5 発病または
負傷年月日

平成
令和

年 月 日

6 傷病の原因
および経過
(詳しく)

病気

ケガ

【いつ】 年 月 日 時頃 【どこで】

【何をしていた】

【症状の経過】

7 診療を受け
た期間

令和

令和

日数

年 月 日 ~ 年 月 日

入院の場合は
入院期間

令和

令和

日数

年 月 日 ~ 年 月 日

8 療養に要し
た費用の額

通貨の単位 (例: アメリカドル)

()

9 診療の内容

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式一枚が必要です。

Form A 様式A

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of Patient(Last,First) _____ Age(Date of Birth) _____ Sex Male • Female
患者名 年齢(生年月日) 性別 男・女
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(P1~P4参照)

(No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Outpatient or Home Visit : _____, _____, _____, _____
入院外 _____, _____, _____, _____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

様式Aの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

外国語で記載された部分のみ翻訳してください。

2. 傷病名

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄(翻訳者自署)	
氏名	
住所	電話番号 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式一枚が必要です。
4. If not in dollars , please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Form B 様式B

Itemized Receipt 領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$	
(2) Fee for Follow-up Office visit	再診料	\$	
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$	
(4) Fee for Hospital visit	入院管理料	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) Professional Nursing	職業看護師費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	
(11) Medicines	医薬費	\$	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合計	\$	Unit is 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment , i.e. , payment for a luxurious room change.
注意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付

Signature 署名

様式Bの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

外国語で記載された部分のみ翻訳してください。

(15) その他(項目明記)

翻訳者記入欄(翻訳者自署)	
氏名	
住所	電話番号 _____

Request to Attending Dental Surgeon 担当歯科医へのお願ひ

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending dental surgeon.
この様式は担当歯科医が書き、かつ署名してください。
3. One each form is every month for dental diagnosis and treatment.
各月毎の歯科診療につき、この様式一枚が必要です。

Form C 様式C

Itemized Receipt(Dental) 診療内容明細書(歯科)

Name of Patient(Last,First) _____ Age(Date of Birth) _____ Sex **Male** - Female
患者名 年齢(生年月日) 性別 男・女

Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis And Treatment _____ days
初診日 診療日数

1. Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯 <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8</td> <td style="text-align: center;">#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">R 8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 L</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25</small></td> <td style="text-align: center;"><small>#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17</small></td> </tr> </table>	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16	R 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 L	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<small>#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25</small>	<small>#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17</small>	Deciduous Tooth 乳歯 <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">#A #B #C #D #E</td> <td style="text-align: center;">#F #G #H #I #J</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">R E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E L</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>#T #S #R #Q #P</small></td> <td style="text-align: center;"><small>#O #N #M #L #K</small></td> </tr> </table>	#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J	R E D C B A	A B C D E L	E D C B A	A B C D E	<small>#T #S #R #Q #P</small>	<small>#O #N #M #L #K</small>
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16																
R 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 L																
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8																
<small>#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25</small>	<small>#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17</small>																
#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J																
R E D C B A	A B C D E L																
E D C B A	A B C D E																
<small>#T #S #R #Q #P</small>	<small>#O #N #M #L #K</small>																

[] Name of Illness 傷病名
 Cavity (C) (虫歯) missing teeth (F) (欠歯) Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)
 extraction needed (Z) (要抜歯) The Other (その他) ()

2. Dental Treatment 歯科治療	Locelization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1) Initial Office Visit 初診料			
(2) X-Ray Examination レントゲン検査			
(3) Dental Pulp Extirpation 抜随			
(4) Operation 手術			
(5) Extraction 抜歯			
(6) Filling 充填			
(7) Inley インレー			
(8) Metal Crown 金属冠			
(9) Post Crown 継続歯			
(10) Jacket Crown ジャケット冠			
(11) Bridge Work ブリッジ			
(12) Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
(13) Treatment of Pyorrhhea Alveolaris 歯槽膿漏			
(14) Medicine 投薬			
(15) The Others その他			

(the currency unit _____) Total _____
通貨単位 合計

Name of Dental Surgeon 歯科医師氏名 _____ Signature 署名 _____
 Name and Address of Dentist's Office. 歯科医院の名称・住所 _____

Date 日付 _____

様式Cの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

外国語で記載された部分のみ翻訳してください。

1. 傷病名	その他	
---------------	-----	--

2. 歯科治療	患歯部位	材料
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		
(6)		
(7)		
(8)		
(9)		
(10)		
(11)		
(12)		
(13)		
(14)		
(15)		

翻訳者記入欄(翻訳者自署)	
氏名	
住所	電話番号 _____

Agreement of Authorization

治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Starting date of medication) _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)

患者
(Patient)

患者名

(Name of patient) _____

住所

(Address) _____

生年月日

_____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date of birth) _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)

大阪鉄商健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 _____ は、大阪鉄商健康保険組合の職員又は、大阪鉄商健康保険組合が委託した事業者が海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行なった者に照会を行い、該当者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。□

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを大阪鉄商健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To Osakatetsusyou health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize Osakatetsusyou health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名
(Signatere)

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。

なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名、押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date) _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)

氏名

(Signature) _____

住所

(Address) _____

患者との関係 : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]
(Relation to the insured: Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other)

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.