記入例

※支払決議書				決裁	常務理事	事務長
	伺年月日	令和　年　月　日				
	支払年月日	令和　年　月　日				
	支給額	円				
	支給内訳 法定 / 付加	欽 貢 ヨ				

療養		
得	年	月	日
喪	年	月	日

2か所について、該当事項を○でかこんでください。

健康保険 被保険者 / 家族 海外療養費支給申請書

（立替払い、治療用装具、生血）

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号（左詰め）	㋐生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
4321 5978900	昭 平 令 47年 09月 08日	※	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日

㋑被保険者の（申請者）氏名	（フリガナ）ケンポ	（フリガナ）タロウ	事業所の	名称	（会社名）
	（氏）健保	（名）太郎		所在地	（会社の住所）

※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。

被保険者の（申請者）住所	郵便番号	100-0000	（フリガナ）トウキョウトチュウオウクマルマル
	電話番号	03-××××-××××	東京都中央区〇〇1－1 △△マンション101

療養が被扶養者に関するときは、その者の	㋑氏名	該当せず	昭和 平成 令和 47年 9月 8日生	㋓被保険者との続柄	本人

被保険者の申請の時は、該当せずと記入してください。

傷病名	左膝関節靭帯損傷	発病又は負傷年月日（療養開始日）	02年04月01日

発病又は負傷の原因及びその経過	休日に公園で転倒　※いつ・どこで・どのように	㋔第三者行為によるものですか	0：いいえ　1：はい

診療を受けた病院等	㋕名称	〇〇病院	師氏名	〇〇医師
	㋖所在地	（病院の住所）		

診療ではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、㋕㋖㋗㋘㋙㋚㋛はそのように読み替えてください。

㋗診療の期間（支給期間）		㋘日数	㋙入院・入院外の別	㋚入院の場合、左記の入院期間	㋛診療に要した費用の額
自	02年04月01日	1日	0：入院外 1：入院	自令和　年　月　日	30,000円
至	02年04月01日			至令和　年　月　日　日間	

診療した日、および内容（簡単に）を記入。

㋜診療の内容	左膝用装具の装着	※該当に〇をして下さい。	1. 自費診療（理由： 2. 治療用装具作成 3. その他（

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
☑	

※

診療費の別	1. 立替払い等	療養の原因（コード）		施術回数	回
			支給回数	1 初回支給 2 補修 3 再支給	装着年月日 年 月 日
		回			
支給回数	回	円	減	調査先	海外表示 0：国内 1：海外	特別支給	（備考）

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項となります。

令和　年　月　日提出

領収書

金　円也領収いたし

令和　年

DM三井製糖グループ健康保険組合　理事長

氏名

印

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（または事業主担当者や証明者）の氏名（サイン）を記入してください。
例：~~あいうえお~~　かきくけこ（健保太郎）

受取金融機関		
支払区分	1:銀行振込　2:事業所経由　3:公金受取口座利用	預金種
口座番号		
口座名義		

原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。
任継の方は、1. 銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。
※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。
★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。

※原則、在職中の方は、「2.事業所経由」を選択してください。公金受取口座への

◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

受取代理人の欄(①②いずれか☑)

☑ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

事業主名称	●●●●株式会社	被保険者(申請者)	日付	令和　7年　4月　1日
			氏名	健保　太郎

☐ ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　　年

被保険者(請求者) 住所
氏名

代理人の氏名	(フリガナ)	
代理人の住所	郵便番号 ー	(フリガナ)
	電話　(　　)	

お勤め中の方は、事業主経由になります。
令和7年4月1日より
「受取代理人の欄」の①を選択し、事業主名・被保険者氏名・日付の記入をお願いします。
※事業主への受領委任は給付の都度とる運用に変更。

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	

入院外		入院	
初診	時間外・休 日・深 夜　円	初診	時間外・休 日・深 夜　円
再診	時間内　回 時間外　回 休日・深夜　回	投薬	内服 屯服 外用
往診	普通・難路　回 夜間・暴風雨雪　回 同、家屋　回	注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回
指導		処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回
投薬	内服 屯服 外用 調剤	検査	
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回	レントゲン	回 透視　回 造影剤　回
検査		その他	
レントゲン	回 透視　回 造影剤　回	入院	1月未満　日間(　日～　日) 1月~3月未満　日間(　日～　日) 3月以上　日間(　日～　日) 給食の　有・無
処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回	合計	円
その他			
合計	円		

別紙に医師の記入と翻訳添付

上記のとおり領収(診療)いたしました。
令和　　年　　月　　日
医師の 住所
氏名

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入して下さい。

(添付書類)

① 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証明をつけて下さい。

② 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。

③ コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費の領収証書」をつけて下さい。

④ 海外療養費の申請のときは、「診療明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。

お、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚必要です。

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

Form A
様式 A

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢(生年月日)＿＿＿・＿＿＿・＿＿＿ 性別＿＿＿

2.Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance.
(Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(No.)

3.Date of first Diagnosis
初 診 日 ＿＿＿・＿＿＿・＿＿＿

4.Days of Diagnosis and Treatment
診 療 日 数＿＿＿ days

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 a result of an accidental inj ☐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
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 ： 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　邦訳

2.傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6.症状の概要

7.処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚必要です。

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

Form B
様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初　診　料		
(2) Fee for Follow-up Office Vis	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		*Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
(11) Medicines **	医　薬　費		**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
(12) Surgical Dressing	包　帯　費		
(13) Anesthetics	麻　酔　費		
(14) Operating room Charge	手術室費用		
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)		
(16) Total	合　　計		Unit is 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge
注意　：特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

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B　邦訳

（10）諸検査費用の内訳（諸検査の内容）

（11）医薬費の内訳（薬の名称、量）

（15）特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚必要です。

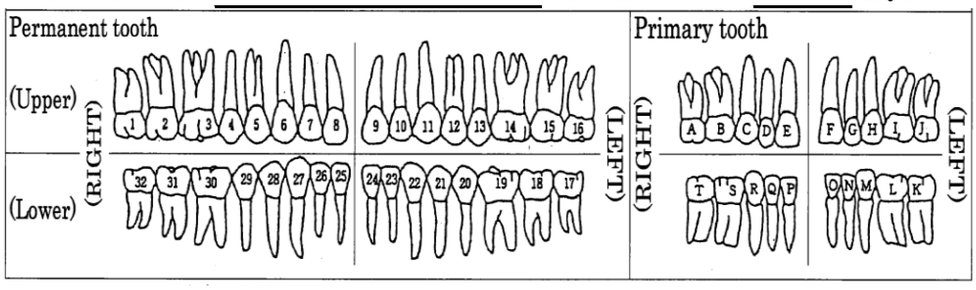
Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

Form C
様式 C

1. Name of patient (Last, First) 患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Age (Date of Birth) 年齢(生年月日)＿＿＿・＿＿＿・＿＿＿
Sex (Male・Female) 性別

2.Date of first Diagnosis 初 診 日 ＿＿＿・＿＿＿・＿＿＿

3.Days of Diagnosis and Treatment 診 療 日 数＿＿＿＿ days



Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療		Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date MO.	DA.	YR.	Fee 治療費
Iinitial Office Visit	初 診 料					
X-Ray Examination	レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation	抜 髄					
Operation	手 術					
Extraction	抜 歯					
Filling	充 填					
Inlay	イ ン レ ー					
Metal Crown	金 属 冠					
Post Crown	継 続 歯					
Jacket Crown	ジャケット冠					
Bridge Work	ブリッジ					
Plate Denture Partial Denture Complete Denture	有床義歯 局部義歯 総 義 歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris	歯槽膿漏処置					
Medicine	投 薬					
The Others	そ の 他					
			Total	合 計		

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) ＿＿＿＿＿＿

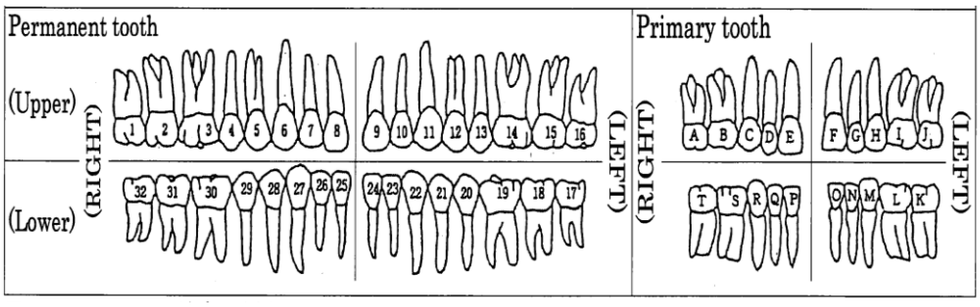
Office (病院又は診療所) ＿＿＿＿＿＿ Phone (電話) ＿＿＿＿＿＿

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C　邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初　診　料					
レントゲン検査					
抜　髄					
手　術					
抜　歯					
充　填					
イ ン レ ー					
金 属 冠					
継 続 歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総 義 歯					
歯槽膿漏処置					
投　薬					
そ の 他					
				合 計	

翻訳者

住所 _____

_____

氏名 _____

電話 _____

様式D

同 意 書　　（Agreement of Authorization）

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

【　署　　名　　欄　】

DM三井製糖グループ健康保険組合　殿

署名日：　　年　　月　　日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名　：

生年月日　：　　年　　月　　日

住　　所　：

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

●被保険者（成年後見人・法定相続人）の署名欄

氏　　名　：

※療養を受けた者（患者）と同じ場合には、「同上」と記入してください。

住　　所　：

Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance

健 康 保 険 用 国 際 疾 病 分 類 表

Ⅰ. Certain infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症

0101 Intestinal infectious diseases
腸管感染症
0102 Tuberculosis
結核
0103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
主として性的伝播様式を取る感染症
0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患
0105 Viral hepatitis
ウィルス肝炎
0106 Other viral diseases
その他のウィルス疾患
0107 Mycoses
真菌症
0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
0109 Other infectious and parasitic diseases
その他の感染症及び寄生虫症

Ⅱ. Neoplasms
新生物

0201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物
0202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物
0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物
0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and
気管、気管支及び肺の悪性新生物
0206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物
0207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物
0208 Malignant Lymphoma
悪性リンパ腫
0209 Leukaemia
白血病
0210 Other Malignant neoplasms
その他の悪性新生物
0211 Other benign neoplasm and other neoplasms
良性新生物及びその他の新生物

Ⅲ. Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

0301 Anaemias
貧血
0302 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

Ⅳ. Endocrine, nutritional and metabolic diseases
内分泌、栄養及び代謝疾患

0401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害
0402 Diabetes mellitus
糖尿病
0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

Ⅴ. Mental and behavioral disorders
精神及び行動の障害

0501 Vascular dementia and Unspecified dementia
血管性及び詳細不明の痴呆
0502 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
精神作用物質使用による精神及び行動の障害
0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0504 Mood〔affective〕disorders
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）
0505 Neurotic, stress-related and somatoform disor
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0506 Mental retardation
知的障害（精神遅滞）
0507 Other psychoses and disorders of action
その他の精神及び行動の障害

Ⅵ. Diseases of the nervous system
神経系の疾患

0601 Parkinson's disease
パーキンソン病
0602 Alzheimer's disease
アルツハイマー病
0603 Epilepsy
てんかん
0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0605 Disorders of autonomic nervous system
自律神経系の障害
0606 Others
その他の神経系の疾患

Ⅶ. Diseases of the eye and adnexa
眼及び付属器の疾患

0701 Conjunctivitis
結膜炎
0702 Cataract
白内障
0703 Disorders of refraction and accommodation
屈折及び調節の障害
0704 Other diseases of the eye and adnexa
その他の眼及び付属器の疾患

Ⅷ. Diseases of the ear and mastoid process
耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa
外耳炎
0802 Other disorders of external ear
その他の外耳疾患
0803 Otitis media
中耳炎
0804 Other diseases of middle ear and mastoid
その他の中耳及び乳様突起の疾患
0805 Disorders of vestibular function
メニエール病
0806 Other diseases of inner ear
その他の内耳疾患
0807 Other diseases of ear
その他の耳疾患

Ⅸ. Diseases of the circulatory system
循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases
高血圧性の疾患
0902 Ischaemic heart diseases
虚血性心疾患
0903 Other forms of heart diseases
その他の心疾患
0904 Subarachnoid hemorrhage
くも膜下出血
0905 Intracerebral hemorrhage
脳内出血
0906 Occulusion of percerebral and Cerebral arteri
脳梗塞
0907 Cerebral arteriosclerosis
脳動脈硬化(症)
0908 Other cerebrovascular diseases
その他の脳血管疾患
0909 Atherosclerosis
動脈硬化(症)
0910 Haemorrhoids
痔核
0911 Hypotension
低血圧症
0912 Other disorders of circulatory system
その他の循環器系の疾患

Ⅹ. Diseases of the respiratory system
呼吸器系の疾患

1001 Acute nasopharyngitis [common cold]
急性鼻咽頭炎[かぜ] (感冒)
1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺炎
1003 Other acute upper respiratory infecitions
その他の急性上気道感染症
1004 Pneumonia
肺炎
1005 Acute bronchitis and bronchiolitis
急性気管支炎及び急性細気管支炎
1006 Vasomotor and allergic rhinitis
アレルギー性鼻炎
1007 Chronic sinusitis
慢性副鼻腔炎
1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic
急性又は慢性と明示されない気管支炎
1009 Chronic obstructive pulmonary diseases
慢性閉塞性肺疾患
1010 Asthma
喘息
1011 Other diseases of respiratory system
その他の呼吸器系の疾患

ⅩⅠ. Diseases of the digestive system
消化器系の疾患

1101 Dental caries
う蝕
1102 Gingivitis and periodontal diseases
歯肉炎及び歯周疾患
1103 Other disorders of teeth and supporting struct
その他の歯及び歯の支持組織の障害
1104 Gastric and duodenal ulcer
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
1105 Gastritis and duodenitis
胃炎及び十二指腸炎
1106 Alcoholic liver disease
アルコール性肝疾患
1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified
慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
1108 Liver cirrhosis
肝硬変(アルコール性のものを除く)
1109 Other disorders of liver
その他の肝疾患
1110 Cholelithiasis and cholecystitis
胆石症及び胆のう炎
1111 Diseases of pancreas
膵疾患
1112 Other diseases of digestive system
その他の消化器系の疾患

XII. Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症
1202 Dermatitis and eczema
皮膚及び湿疹
1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

XIII. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害
1302 Arthrosis
関節症
1303 Spondylopathies
脊椎障害(脊椎症を含む)
1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害
1305 Cervicobrachial syndrome
頚腕症候群
1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛
1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害
1308 Shoulder lesions
肩の傷害 (損傷)
1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害
1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

XIV. Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1402 Renal failure
腎不全
1403 Urolithiasis
尿路結石症
1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系の疾患
1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大(症)
1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患
1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害
1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

XV. Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産
1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群
※1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩
1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

XVI. Certain conditions orginating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal grov
妊娠及び胎児発育に関連する障害
1602 Others
その他の周産期に発生した病態

XVII. Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形
1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

XVIII. Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

XIX. Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折
1902 Intracranial damage and internal organ damag
頭蓋内損傷及び内蔵の損傷
1903 Burns and corrosions
熱傷及び腐食
1904 Poisoning
中毒
1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important:No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

海外療養費とは

海外旅行中や海外赴任中に急なけがなどにより、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。該当の方は添付書類をそろえて申請してください。

申請上の注意

●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。

●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、保険給付の対象となりません。（支給要件を満たす海外での臓器移植を除く）

●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。

以下を必ず添付してください。

1. 「海外療養費支給申請書」
2. 海外の病院で発行された「診療内容明細書（様式A）」 ※歯科の場合は、「歯科診療内容明細書（様式C）」
3. 海外の病院で発行された「領収明細書（様式B）」
4. 現地で支払った領収書の原本
5. 1～4の日本語翻訳添付
6. 受診者の海外の渡航した事実（期間）が確認できる書類（パスポート・ビザ・航空チケット等）の写し
7. 海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書

支給金額

●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が異なるため、海外で支払った総額から自己負担額相当額を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なる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、給付決定に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）

記入上の注意 1

◆ **保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。**

1. 表題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 表題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、㋑㋒㋓欄に「該当せず」と記入してください。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、㋕㋖㋗㋘㋙㋚㋛㋜の欄は、そのように読み替えて記入して下さい。
4. ㋝㋞の欄は、該当する番号をマルで囲んでください。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
6. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（または事業主担当者や証明者）の氏名（サイン）を記入してください。
7. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル（〇）で囲んでください。

支 払 区 分	内　　容
1 銀 行 振 込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	**原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。**
3 公金受取口座	公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。

2. **在籍者は原則「①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。」を選択し、事業主名・氏名・日付を記入してください。**
ただし、給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。
3. 公金受取口座の利用について
●利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。
※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能なため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。
登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。
●当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。
公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書類への意思表示が必要となります。