

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決	常務理事	事務長	記入例
支	払 年 月 日	令和 年 月 日				
決	支 給 額		円			
議	支 給 内 訳	法定 賦 負 当				
書	付加			得 年 月 日	療 得 年 月 日	
				喪 年 月 日	養 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	被保険者証の記号・番号(左詰め)	⑦ 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
保	4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	昭 年 月 日 平 4 7 0 9 0 8 令			0:無 1:有	
險	①被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ (フリガナ) タロウ (氏) 健保 (名) 太郎	事業所の名称 (会社名)	所在地 (会社の住所)		
者	被保険者の(申請者)住所	郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0 (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-xxxx-xxxx 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			
が	療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名	該当せず	⑧ 昭平 令和	47年 9月 8日生	⑨ 被保険者との続柄	本人
記	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)	0 2 0 4 0 1	⑩ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい	
入	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				⑪ 診療を受けた病院等
す	⑫ 名称	〇〇病院	⑬ 所在地	(病院の住所)	⑭ 医師氏名	〇〇 医師
る	⑮ 診療の期間(支給期間)	自 0 2 0 4 0 1 至 0 2 0 4 0 1	⑯ 日数	⑰ 入院・入院外の別 0:入院外	⑱ 入院の場合、左記の入院期間	⑲ 診療に要した費用の額 30,000 円
こ	⑳ 診療の内容	左膝用装具の装着	㉑ 診療理由 1. 自費診療(理由: 2. 治療用装具作成 3. その他(
ろ	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。				

被保険者の申請の時は、
該当せずと記入してください。

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、
⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱
はそのように読み替えてください。

診療した日、および内容(簡単に)を記入。

【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。

※	1. 立替払い等	療養の原因(コード)	施術回数	回
	支給回数	調査先	海外表示	特別支給
		0:国内 1:海外	(備考)	

令和 年 月 日提出

領 金 円也領収いたしました。

令和 年 月

DM三井製糖グループ健康保険組合 理事長殿

氏名

【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
	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/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。公金受取口座への支給については都度確認の必要があり、支給までに時間を要する場合があります。

受取代理人の欄	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 月 日		
	被保険者住所		
	被保険者(請求者)氏名		
	代理人の(フリガナ)		
代理人の氏名		関係	
代理人の住所	郵便番号		(フリガナ)
			電話 ()

お勤め中の方は、事業主経由になります。
 事業主の代理人記入は不要です。

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	初診	時間外・休日・深夜
再診	時間内 回 時間外 回 休日・深夜 回	投薬	内服 回 外用 回
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
指導		処置及び手術	材料 回 麻酔剤 回
投薬	内服 回 外用 回 調剤 回	検査	
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回	レントゲン	透視 回 造影剤 回
検査		その他	
レントゲン	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	材料 回 麻酔剤 回	合計	円
その他			
合計	円	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
 住所
 医師の氏名

(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。
 (添付書類についての注意)
 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 コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医師の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
 ③ 海外に於ける療費の領収証書(記載されている場合は「診療明細書」及び「翻訳添付」をつけて下さい)及び「診療明細書」を添付して下さい。
 ④ 海外に於ける療費の領収証書(記載されている場合は「診療明細書」及び「翻訳添付」をつけて下さい)及び「診療明細書」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 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

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 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	_____

*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) Age (Date of Birth) Sex (Male·Female)

患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別 _____

2. Date of first Diagnosis 3. Days of Diagnosis and Treatment

初診日 _____ 診療日数 _____ days

Permanent tooth				Primary tooth			
(Upper)	(RIGHT)	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16	(LEFT)	(RIGHT)	A B C D E	F G H I J
(Lower)	(RIGHT)	32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17	(LEFT)	(RIGHT)	T S R Q P	O N M L K

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial 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 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 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) _____

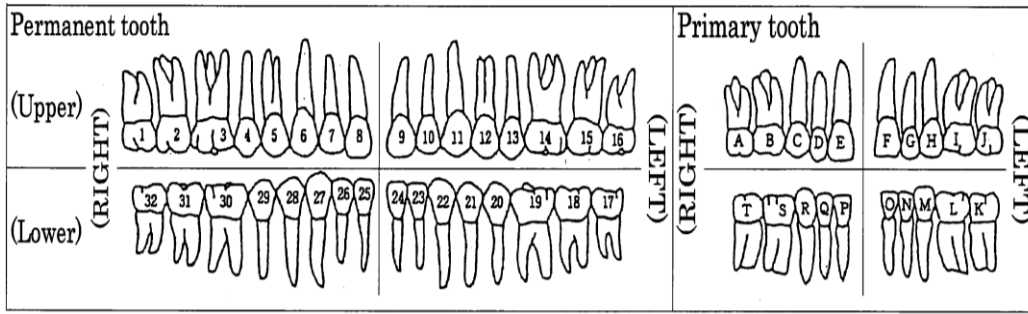
Date(日付) _____ Signature (署名) _____

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

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

<p>I. Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症</p> <p>0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症</p> <p>0102 Tuberculosis 結核</p> <p>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</p> <p>0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患</p> <p>0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎</p> <p>0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患</p> <p>0107 Mycoses 真菌症</p> <p>0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症</p> <p>0109 Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症</p>	<p>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</p> <p>0301 Anaemias 貧血</p> <p>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</p>	<p>IV. Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患</p> <p>0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害</p> <p>0402 Diabetes mellitus 糖尿病</p> <p>0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患</p>	<p>V. Mental and behavioral disorders 精神及び行動の障害</p> <p>0501 Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>0504 Mood[affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)</p> <p>0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害</p> <p>0506 Mental retardation 知的障害(精神遅滞)</p> <p>0507 Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害</p>	<p>II. Neoplasms 新生物</p> <p>0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物</p> <p>0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物</p> <p>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</p> <p>0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物</p> <p>0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物</p> <p>0206 Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物</p> <p>0207 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物</p> <p>0208 Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫</p> <p>0209 Leukaemia 白血病</p> <p>0210 Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物</p> <p>0211 Other benign neoplasm and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物</p>	<p>VI. Diseases of the nervous system 神経系の疾患</p> <p>0601 Parkinson's disease パーキンソン病</p> <p>0602 Alzheimer's disease アルツハイマー病</p> <p>0603 Epilepsy てんかん</p> <p>0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群</p> <p>0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害</p> <p>0606 Others その他の神経系の疾患</p>
---	--	---	--	--	--

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 Occlusion of per cerebral and Cerebral arteries
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 infections
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

X I. 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 structures
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	XV. Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501 Pregnancy with abortive outcome 流産
1202 Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹	1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠高血圧症候群
1203 Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	※1503 Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
XIII. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1504 Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1301 Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	XVI. Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302 Arthrosis 関節症	1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303 Spondylopathies 脊椎障害(脊椎症を含む)	1602 Others その他の周産期に発生した病態
1304 Intervertebral disc disorders 椎間板障害	XVII. Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1305 Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1701 Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1306 Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛	1702 Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1307 Other dorsopathies その他の脊柱障害	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
1308 Shoulder lesions 肩の傷害(損傷)	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
1309 Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	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
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	1901 Fracture 骨折
XIV. Diseases of the genitourinary system 腎尿路性器系の疾患	1902 Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1401 Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	1903 Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1402 Renal failure 腎不全	1904 Poisoning 中毒
1403 Urolithiasis 尿路結石症	1905 Others その他の損傷及びその他の外因の影響
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	

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場合があります。
- 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

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、①②③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、④⑤⑥⑦⑧⑨⑩の欄は、そのように読み替えて記入して下さい。
4. ⑪⑫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(○)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. 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てください。また、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のため、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。