

記入例

この部分には記入しないでください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する方に○を付けてください。

海外

健康保険

被保険者療養費支給申請書 被扶養者療養付加金

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------|---|---|---------------|----------------|------------------|-----------------|------------------------------|--|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証 記号・番号 | | | ② 生 年 月 日 | | | ③ 被保険者の (フリガナ) | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 昭・平・令 40年 12月 1日 | 報道 太郎 | | | |
| | 療養が被扶養者に 関する時はその方の | | | ④ 氏 名 | | | ⑤ 生年 月日 | | | | | |
| | | | | 該当せず | | | 昭・平・令 年 月 日 | | | | | |
| | ⑦ 被保険者の (申請者) 住 所 | | | ⑧ 事業所の名称 | | | | | | ⑨ 事業所の所在地 | | |
| | 〒 - | | | ○○○株式会社 | | | | | | 東京都中央区 ○○ △-△△-△△△ ○○ビル | | |
| | 1234 ○○○○STREET LONDON | | | 例 急性胃腸炎 | | | | | | ⑩ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) | | |
| | | | | ※傷病名がけがの場合は、⑫もご記入ください。 | | | | | | △年 6月 1日 | | |
| | ⑫ 負傷の場合その原因及び経過 | | | ⑬ けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 | | | | | | ⑭ けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 | | |
| | [負傷日時・場所等] 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 ⑬ けが(負傷)をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 () ⑭ けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 () ⑮ けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () | | | <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない ⑯ 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無 ⑰ 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。 | | | | | | | | |
| 診療を受けた 病院等 | | | ⑬ 名称 | | | ⑭ 診療した医師氏名 | | | | | | |
| | | | ○○○ HOSPITAL | | | ○○○○ | | | | | | |
| ⑯ 診療の期間 (支給期間) | | | ⑰ 入院・入院外 | | | ⑱ 入院の場合、入院の期間 | | | ⑲ 診療に要した費用の額 | | | |
| 自 △年 6月 1日 | | | 診療日数 | | | 平・令 年 月 日 から | | | | | | |
| 至 △年 6月 9日 | | | 3 日 | | | 入院外 | | | 平・令 年 月 日 まで 日間 | | | |
| ⑲ 診療の内容 | | | ⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | 海外で受診したため | | | | | | |
| 初診、投薬 他 (わかる範囲でご記入ください) | | | | | | | | | | | | |

⑯は医療機関を受診した日です。

例えば、6/1、6/3、6/9に受診日した場合は
(自)令和△△年6月1日~(至)令和△△年6月9日
3日間となります。

該当する項目に○を付けてください。

現地の通貨単位でご記入ください

| | | | |
|-----|---------------------------|--------------|-----------------------------------|
| 委任状 | 本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 | | 令和 △△ 年 7 月 1 日 |
| | 被保険者 (申請者) | 住所 | 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△ |
| | | 氏名 | 報道 太郎 |
| | 代理人 | 住所 | 東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○ビル ○○○ 株式会社 |
| | 氏名 | 代表取締役 ○○ ○○○ | 事業主(勤務先)記入 |

【添付書類について】

| | 添付書類1(診療を受けた現地の担当医の証明) | 添付書類2(共通) |
|----|--|--|
| 医科 | <ul style="list-style-type: none"> 様式A「診療内容明細書」及び様式B「領収明細書」 様式A及び様式Bの日本語翻訳 | <ul style="list-style-type: none"> 領収書の原本 <ul style="list-style-type: none"> ▷ 診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できるもの 海外に渡航した事実が確認できる書類 <ul style="list-style-type: none"> ▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) 調査に関する同意書 |
| 歯科 | <ul style="list-style-type: none"> 様式C「歯科診療内容明細書(領収明細書)」 様式Cの日本語翻訳 | |

【海外療養費支給申請に関して】

- 個人別、1ヶ月・1医療機関ごと、入院・通院別に分けてご申請ください。
- 支給額は「現地支払額を支給決定日のレートで換算した金額」と「厚生労働省が定めた国内での疾病別の治療費」を比較して、どちらか低い方の金額の保険負担分(一般7割)となります。
- 傷病名・国際疾病分類番号は必ず記入してください。
- 様式A、B、C 翻訳の翻訳者氏名・住所・電話番号を記入をお願いします。
- 治療目的で海外へ行った場合は対象外となります。
- 医師または病院等に費用の支払をした日の翌日から、2年を経過すると時効により支給が出来なくなりますのでご注意ください。

【記入上の注意】

- 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
- 1で「被保険者」にマルをされた方は ④⑤⑥ の欄に“該当せず”とご記入ください。
 // 「被扶養者」にマルをされた方は ④⑤⑥ の欄に必ずご記入ください。
- 任意継続被保険者の方は ⑧ の欄に“任意継続”とご記入ください。
- ⑩「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑫「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
- 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、⑬⑭⑮⑯の欄はその様に読みかえてご記入ください。