

健康保険

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号	③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日(自著)		昭和・平成 年 月 日			
	② 社員番号	番号						
	④ 被保険者の住所	〒 TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。						
	⑤ 事業所の名称	TEL ()						
	⑥ 受診者が家族(被扶養者)の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄		
	⑦ 傷病名						⑧ 第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい
	⑨ 発病または負傷の原因及びその経過	(いつ) 平成・令和 年 月 日	(どこで)	(何をしていて)				
	⑩ 診療を受けた医療機関等	名 称			診療を担当した医師氏名			
		国 名	所在地					
	⑪ 診療を受けた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで 日間				診療区分	入院外来	
		入院の場合、その入院期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで 日間					
	⑫ 診療の内容				⑮ 診療に要した費用の額	通貨単位 ()		
	⑬ 渡航期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日						
	⑭ 海外で受診した理由	※治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です。						

受付日付印

振 込 希 望 口 座	銀行・信組		支店
	金庫・農協		出張所
	[金融機関コード]	[店番号]	
	預金種別	口座番号	フリガナ
<input type="checkbox"/> 普通		口座名義	
<input type="checkbox"/> 当座			

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ 口にチェックを入れて下さい。		
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人		
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人		
	被保険者(申請者)	住所	氏名
受 取 代 理 人 情 報	代理人住所	〒 TEL () 連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	代理人氏名	フリガナ	

[備考]

社会保険労務士の提出代行者記載欄	
------------------	--

海外療養費申請の際のご注意

【記入上のご注意】

1. 申請書の記入は「同一人が同一月に同一の医療機関(入院・通院・調剤別)で支払った額毎に申請してください。複数月通院したとしても、一ヶ月ごとの申請が必要です。

2. ①記号・番号は保険証に記載されています。

3. ⑥は家族(被扶養者)の療養による申請の場合のみ記入してください。

4. ⑧傷病が第三者の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」が必要となります。

※申請前に健保担当者までご連絡ください。

5. ⑩は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。

※医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

6. (振込希望口座等)について

■振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は「振込希望口座」欄のみ記入してください。

■給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、委任状が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェックを入れ、

【事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合】

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・「振込希望口座」欄の記入は不要です。

【その他の受領代理人へ振込を希望する場合】

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。

・「振込希望口座」欄に受領代理人の口座を記入してください。

【注意事項】

1. 海外滞在中の申請は、事業主を経由して、事業主の選定した保険給付金受領代理人の方などに委任してください。

(海外への送金、支給決定通知書の送付は行っていません。)

2. 海外での治療内容や医療費は国によって異なります。海外療養費の給付額は、診療内容明細書に基づき、国内で保険診療を受けた場合に準じて算定されます。一般的に海外の医療費は、日本国内の医療費より相当高額になるケースが多いため、実際の給付額は海外で負担した額の1割程度かまたはそれ以下になる場合もあります。

3. 「治療を目的」として海外へ渡航し治療を受けた場合は、支給対象外となります。

4. 日本国内で保険適用となっていない療養(治療)は、支給対象外となります。

【提出書類】

治療内容	添付書類
【医科の場合】	① 海外療養費支給申請書 ② 「診療内容明細書」(様式A)と翻訳文 ③ 「領収明細書」(様式B)と翻訳文 ④ 領収書原本(海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの) ⑤ 氏名と海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等) ⑥ 海外の医療機関に対して保険者が照会を行う事に関する同意書
【歯科の場合】	① 海外療養費支給申請書 ② 「歯科診療内容明細書兼領収明細書」(様式C)と翻訳文 ③ 領収書原本(海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの) ④ 氏名と海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等) ⑤ 海外の医療機関に対して保険者が照会を行う事に関する同意書

※【医科の場合】②③と、【歯科の場合】②でご案内している様式A.B.Cは担当医から証明を受けてください。

担当医からの証明が日本語以外の場合は必ず内容の翻訳(翻訳者の住所、氏名が必要)をしてご提出ください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

療養費の時効の起算日については「療養に要した費用を医療機関等に支払った日の翌日(当該療養を受けた日の翌日)」となります。

虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、

さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。