

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	記号	記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください										
	番号											
被保険者氏名	(フリガナ)					生年 月 日	年 月 日					
被保険者の住所	〒 - 丁目、番地、アパート名等詳細に記入してください。											
電話番号	- -											
申請が被扶養者の 場合はその者の氏名					生年 月 日	年 月 日			被保険者 との続柄			
傷病名					発病又は負傷の 年月日		年 月 日					
発病の原因												
傷病の経過												
仕事中又は第三者行為 による傷病ですか？	☐ はい ⇒ ☐ 仕事中(業務上・通勤途上) ☐ 第三者行為(交通事故等) ☐ いいえ											
受診した医療機関等の 名称、所在地及び 診療した医師等の氏名 国名 ()	名称 所在地 医師等の氏名											
診療又は手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで				日間	うち入院 した期間	年 月 日から 年 月 日まで					
診療又は手当の内容												
受診者の情報	(1)受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 ☐ 海外勤務(同行家族を含む) ☐ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他()											
同意欄	療養を受けた海外の医療機関等に中部アイティ産業健康保険組合が文書等により当申請内容を 照会することに同意します。 (被保険者氏名)											
被 保 険 者 の 銀 行 保 険 口 座 者	☐ マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は ☐ にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。											
	銀行		本店		普通		口座番号 ()					
	金庫		支店		口座名義 ()							
	農協		出張所									
健 保 組 合 処 理 欄	支 給 金 額	¥			常 務 理 事		事 務 長		係		確 認	
	款 項 目				取 得		年 月 日					
	支 給 決 定 年 月 日				喪 失		年 月 日					
	支 払 年 月 日				受 付 日 付 印							
	支給額計算											
	備 考	換算レート										

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、署名して下さい。
- 3 One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Form A 様式 A

- 1 Name of Patient (Last, First)
患者名 _____
Age(Date of Birth) _____ Sex (Male / Female)
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 _____ (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 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
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 _____

邦 訳 (A)

2. 傷病名及び社会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 記 入 欄	
名 前	
住 所	電 話

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 either the attending physician or the superintendent of hospital.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、署名して下さい。
- 3 One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1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。

Itemized Receipt
診療内容明細書

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	職業看護婦費	_____	
(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 charge

注 意 : 高級治療室等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

邦 訳 (B)

(15) その他 (項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電 話

Table of International Classification of Disease for the use of Social Insurance

社会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	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障害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0506	Mental retardation 精神遅滞
0102	Tuberculosis 結核	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
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	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0603	Epilepsy てんかん
0107	Mycoses 真菌症	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0606	Others その他の神経系の疾患
II	Neoplasms 新生物	VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0701	Conjunctivitis 結膜炎
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0702	Cataract 白内障
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	0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0801	Otitis externa 外耳炎
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0803	Otitis media 中耳炎
0209	Leukaemia 白血病	0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0805	Disorders of vestibular function メニエール病
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
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障害	0807	Other disorders of ear その他の耳疾患
0301	Anaemias 貧血	IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders involving 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障害	0901	Hypertensive diseases 高血圧性疾患
IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患	0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害	0903	Other forms of heart disease その他の心疾患
0402	Diabetes mellitus 糖尿病	0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0403	Other diseases of endocrine nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝の障害	0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	0906	Occulusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆	0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
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	0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0504	Mood (affective) disorders 気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	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	1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛
1001	Acute nasopharyngitis (common cold) 急性鼻咽頭炎(風邪)	1307	Other dorsopathies その他の脊椎障害
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性咽頭炎及び急性扁桃炎	1308	Shoulder lesions 肩の傷害
1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症	1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1004	Pneumonia 肺 炎	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
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎	X IV	Diseases of the genitourinary system 尿路性器系の疾患
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1402	Renal failure 腎 不 全
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	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1009	Chronic obstructive pulmonary disease 慢性閉塞性肺疾患	1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患
1010	Asthma 喘 息	1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大(症)
1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患	1406	Other diseases of male genital organs その他の男性性器の疾患
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害
1101	Dental caries う 蝕	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患	X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害	1501	Pregnancy with abortive outcome 流 産
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1502	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	* 1503	Single spontaneous delivery 単体自然分娩
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)	1601	Disorders related to length of gestation and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1109	Other disorders of liver その他の肝疾患	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	X VII	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1111	Diseases of pancreas 膵 疾 患	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	X VIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not slewhere 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
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and labolatory findings, not slewhere 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
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	X IX	Injury, poisoning and certain other concequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1901	Fracture 骨 折
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格及び結合組織の疾患	1902	Intracranial damege and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1302	Arthrosis 関 節 症	1904	Poisoning 中 毒
1303	Spondylopathies 脊椎障害(脊椎症を含む)	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
1304	Interverteblal disc disorders 椎間板障害		
1305	Cervicobrachial 頸腕症候群		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.
1503番(*印)は社会保険は適用されません。

海外療養費について

海外で医療を受けたとき

海外で病気やケガの治療を受けたときは、保険証が使えないため、医療費を全額自己負担しなければなりません。後で、健保組合へ申請すると海外療養費として医療費の一部が払い戻されます。

海外療養費が支給されるのは、日本国内でも健康保険の適用が受けられるものに限られます。日本では健康保険で受けられない治療や、はじめから治療目的で海外へ渡航した場合には支給されません。

支給額

海外療養費として支給される額は、日本国内の場合と同額(本人・家族＝7割、未就学児＝8割、高齢者＝7割または8割)ですが、日本での治療費を基準として算定されます。

したがって、負担した額の7割が全部戻ってくるとは限りません。海外の物価や医療費水準によっては、実際に支払った金額よりも支給額が大幅に少なくなることもあります。

支払った治療費がこれを下回った場合は、実際にかかった治療費の組合負担分(本人＝7割)が支給されます。

なお、支給額の算定に用いる邦貨換算率はその支給決定日の外国為替換算率(売レート)が用いられます。

申請の手続き

申請には下記の申請書類を当健保までご提出ください。

申請書類は受診者、診療月、医療機関ごとにそれぞれ1枚ずつ証明をもらってください。

同じ医療機関でも入院と外来は別々に証明が必要です。

(申請書類)

- ・ 海外療養費支給申請書
- ・ 診療内容明細書(様式A) → 担当医に証明をもらってください
邦訳A
- ・ 領収明細書(様式B) → 担当医又は病院事務長に証明をもらってください
邦訳B
- ・ 領収書(原本)

＊ 様式Aの2、6、7と様式Bの(15)については邦訳が必要です。
邦訳A、Bにそれぞれの翻訳を付し、翻訳者の氏名、住所を記入してください。

海外から申請をするとき

海外から申請をするときは事業主(国内に残った留守家族も可)を経由してください。

当健康保険組合から直接海外への送金はいたしません。

被保険者以外が受取る場合は、支給申請書の受取代理人欄で受領の委任をしてください。