

海外療養費 支給申請書 記入の手引き

海外旅行中や海外赴任中に急な病気やけがなどにより、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。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族（被扶養者）の海外療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

①	海外療養費支給申請書・・・ア	
②	医科の場合 様式A・診療内容明細書・・・イ ※健康保険国際疾病分類番号をご証明いただく場合は、「国際疾病分類表」を参照してください。	歯科の場合 様式C・歯科診療内容明細書・・・ウ
③	様式B・領収明細書・・・エ	
④	領収書原本	
⑤	様式AまたはC及びBの日本語訳 ※翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。	
⑥	受診者の海外渡航期間が確認できる書類 受診期間における渡航の事実を確認させていただくため、以下のいずれかを添付してください。 ・パスポートのコピー（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）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの） ・航空チケットのコピー（e チケット控えを含む）	
⑦	同意書・・・オ ※具体的な診療内容について、診療等を受けた医療機関に照会する場合があるため、療養を受けた方の同意書を添付してください。	
⑧	その他（条件に該当する場合に必要） ○ケガ（負傷）による申請の場合 ・負傷原因届・・・カ ○第三者による傷病の場合 ・第三者行為による傷病届・・・キ ○被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合 ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等 ○臓器移植による申請の場合 ・Ⅰ 日本臓器移植ネットワークの登録証明書の写し ・Ⅱ 海外の施設に入院していた間の経過記録の写し ・Ⅲ 臓器移植を必要とする被保険者が「①レシピエント適応基準に該当し、日本臓器移植ネットワークに登録している状態であること・②国内での待機状況を踏まえると、当該患者が、海外で移植を受けない限りは生命の維持が不可能となる恐れが高いこと」について、臓器移植を受ける被保険者等の主治医（学会認定の移植認定医）が作成した海外の施設への紹介状の写しに、部門長又は施設長がサインしたものの	

※上記「ア～キ」及び「国際疾病分類表」は 当健康保険組合のホームページで印刷できます。

※⑥～⑦は申請の都度、提出が必要です。添付ものが多いためご注意ください。

様式A～Cの記載について

・審査を行うにあたり、とても重要な書類のため、証明していただく海外の医療機関には、できるだけ詳細に証明していただくよう、お願いしてください。特に、様式Aの傷病名や疾病分類番号、様式Bの通貨単位は、必ず記載してください。

・1ヵ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関での証明が必要です。

・被保険者、受診者等による記入はできません。担当医に記入・署名をご依頼ください。

次ページに記入例があります。 ➡

1 記号・番号は
・保険証(R6.12.1以前発行)
・資格確認書
・資格情報のお知らせ
・マイナポータル
のいずれからご確認ください。

2 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3 海外に在住のため、日本国内に住所がない場合は、勤務先や親族宅等、郵便物を受けとることができる日本国内の住所をご記入ください。

海外療養費支給申請書

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

被保険者情報	1 記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の	21700023	21	6	1	2
	(フリガナ)	ニッシン タロウ	昭和			
	氏名	2 日清 太郎	平成			
日本国内郵便物を受けとることができる住所(日中の連絡先)	〒105 - 0000	3 東京	港区	〇〇	1-1	
	TEL 090 (XXXX) XXXX			△△マンション	101	
振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関名称	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座	3. 別段 4. 通知	口座番号		
	口座名義	マカテナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)・半角点(。))は1字としてご記入ください。)				

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	1. 平成 年 月 日
	氏名		2. 令和
		住所「被保険者情報」の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	(〒 - TEL ())	
	住所		
	(フリガナ)		
	氏名		
		被保険者との関係	

「被保険者記入用」は2ページに続きます。 >>>

被保険者の住所が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類の提出が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
捺印欄	捺印欄

海外療養費 支給申請書

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名 日清 太郎

申請内容	☐ 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)	
	☐ 家族の場合はその方の	氏名 日清 二郎	生年月日 ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 18 年 10 月 26 日
☐ 傷病名	左足首ねん挫		☐ 発病または 負傷年月日 ☐ 平成 ☒ 令和 4 年 1 月 1 日
☐ 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
☐ 診療を受けた医療機関等の情報	医療機関名 〇〇 MEDICAL CLINIC 国名 アメリカ	所在地 2010 SOUTH ARLINGTON	診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
6 診療を受けた期間	2 1. 平成 2. 令和 0 4 0 1 0 1 0 4 0 1 0 2 日数 2 日		
6-① 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	☐ 1. 平成 2. 令和 日数		
7 療養に要した費用の額	7 1 0 0 (アメリカドル)		通貨単位を 記入してください(例: アメリカドル)
8 診療の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された。		
9 受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 ☐ 平成 4 年 1 月 1 日 ~ ☐ 平成 4 年 1 月 10 日 ☒ 令和 ※申請書に添付していただいた受診者の海外渡航期間が確認できる書類に□してください。 ☐ パスポートのコピー(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)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) ☒ 航空チケットのコピー(eチケットの控え含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由について、該当箇所□を□してください。その 他の場合は具体的に記入ください。 ☐ 海外勤務(同行家族を含む) ☒ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他 (理由) 		

2 / 2

6 自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

7 領収書(領収明細書)に記載されている金額と通貨単位をご記入ください。