『海外療養費』の申請方法について

海外旅行中（海外出張、海外勤務での業務外の病気・ケガも含みます）に現地の病院にかかった場合は、いったん医療費の全額を支払い、後日、健保組合に保険給付の支給申請をしてください。

海外療養費として、医療費の７割（６歳未満は８割）相当額を給付しますが、医療費は、日本国内で受けた場合の医療費（診療報酬点数表）を基準として算定しますので、現地医療機関での支払額の７割（６歳未満は８割）が戻る訳ではありません。

各自で海外旅行保険に加入されることをお勧めいたします。

【 申請に必要な書類 】⑤以外は**原本**を添付してください

① **療養費支給申請書**
② **診療内容明細書（別紙 A 医科用・B 歯科用）**※
③ **領収明細書（別紙 C）**※
④ ②・③の**日本語翻訳（別紙 A・B・C の2枚目）**
⑤ 旅券、航空券その他の**海外に渡航した事実が確認できる書類**の写し
⑥ 健康保険組合が海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することに関する**同意書（別紙 D）** **同意書は**申請書毎に添付してください

※ 診療内容明細書及び領収明細書は、記載内容を満たしていれば、医療機関が使用する様式のものでも構いません。

【 注意事項 】

国内より、高度な治療を受けたい等「治療を目的」とした海外での受診に関しては、給付の対象外となります。

観光産業健康保険組合

支給例　アメリカ旅行中に感染症にかかり、医療機関を受診し薬を処方してもらった。

現地で支払った金額　　ＵＳ＄1,050
（円換算レート１US$＝104 円とすると）109,200 円…①

アメリカでの診療内容を、日本国内の医療（点数表）を基準に算定すると　4,821 点
（医療費は、１点数＝１０円なので）48,210 円…②

現地で支払った金額と日本国内で受けた場合の医療費（点数表）で算定した金額を比べて、金額が低い方の７割（６歳未満は８割）が支給金額となります。

この例の場合、①の金額の７割（76,440 円）が海外療養費として支給されるのではなく、②の金額の７割（33,747 円）が支給金額となります。

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) 年齢(生年月日) ____ . ____ . ____ Sex 性別 (Male ・ Female)

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号
   _____ (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 入院 From / / to / / (days)
   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。

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	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
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枚が必要です。

Form B
様式B

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____ Age(Date of birth) 年齢(生年月日) ___ . ___ . ___ Sex (Male・Female) 性別

2. Date of first Diagnosis 初診日 ___ . ___ . ___ 3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 ___ days

Permanent tooth

(Upper) (RIGHT) 1 2 3 4 5 6 7 8 | 9 10 11 12 13 14 15 16 (LEFT)

(Lower) (RIGHT) 32 31 30 29 28 27 26 25 | 24 23 22 21 20 19 18 17 (LEFT)

Primary tooth

(RIGHT) A B C D E | F G H I J (LEFT)

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 MO.	DA.	YR.	Fee 治療費
Iinitial 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 充塡					
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 Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

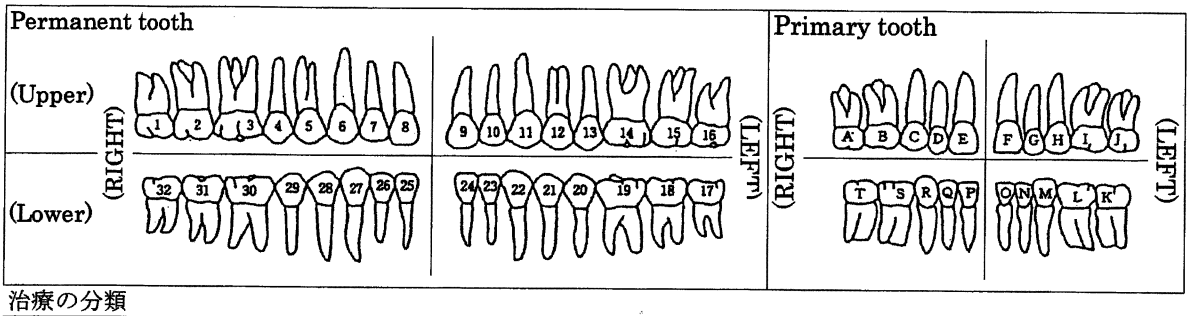
Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

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



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					
充塡					
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

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枚が必要です。

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

Form C
様式C

(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 Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
Office(病院または診療所) Phone

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

⑽ 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

⑾ 医薬費の内訳(薬の名称、量)

⒂ 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話

様式D

同　意　書

健康保険法に基づく海外療養費の支給決定を行うにあたり、観光産業健康保険組合が当該療養を担当した者に療養の内容等について照会をすること、また、当該療養を担当した者が上記照会の回答を行うことに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

観光産業健康保険組合理事長 殿

記号－番号　　－

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（被扶養者が療養を受けた場合は、被扶養者氏名を記入してください）

被扶養者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿