

海外療養費を請求するとき

海外で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られます。

申請書類：海外療養費支給申請書

請求期限：海外で治療費の支払いをした翌日から2年以内

添付書類：① 診療内容明細書（医科・様式A）または 歯科診療内容明細書（歯科・様式C）

② 領収明細書（様式B）

③ 現地で支払った領収書の原本

※①～③の各添付書類は日本語訳記載欄もご記入いただき、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

④ 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書（様式D）

⑤ 受診者の海外渡航期間がわかる書類

・パスポート（氏名、顔写真、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）

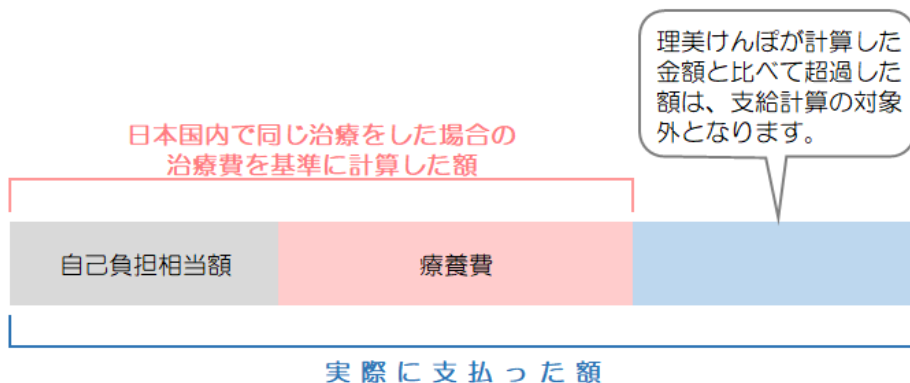
【給付の範囲】

- ・海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られます。そのため、美容整形やインプラントなど、日本国内で保険適用となっていない医療行為や薬が使用された場合は、給付の対象になりません。
- ・療養（治療）を目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は、支給対象となりません。日本で実施できない診療（治療）を行った場合でも、保険給付の対象とはなりません。

【支給金額】

日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から、自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。

- ・日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なくなることがあります。
- ・外貨で支払われた医療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算して支給金額を算出します。



【記入例】 * 申請書は記入漏れないよう、正確にご記入ください

本人or家族 申請の対象に☑してください

- 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	被保険者	記号	123	番号	9999	事業所名	株式会社〇〇〇〇									
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ		生年月日	昭和	●	年	●	月	●	日				
	対象者氏名 <small>※被扶養者(家族)の申請の場合のみ記入</small>	フリガナ	家族の申請の場合はご記入ください									月	日			
	被保険者 (申請者) 現住所	〒	支給決定通知等の送付先となるため、受取りが出来る住所をご記入ください 不備等の連絡のため、繋がりやすい電話番号をご記入ください													
	傷病名	左足首ねん挫 ※医師に診断された病名を記入				左記の傷病は第三者 によるものですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ								
	発病・負傷 の年月日	令和	●	年	●	月	●	日	工作中・通勤途中 の負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	国・場所	アメリカ合衆国・●●公園				診療に要した費用 <small>※通貨単位を記入してください</small>	100 (アメリカドル)									
	渡航期間	令和	●	年	●	月	●	日	～	令和	●	年	●	月	●	日
	渡航目的・ 海外滞在の理由	旅行														
	発病又は負傷 の原因および その経過	外傷性傷病(ケガ等)は、いつ、何処で、どうしているときに等 具体的に記入 原因がわからない場合は「不詳」と記入														
診療(治療) 内容	診察のうえ、湿布薬を処方された															
診療を受けた 医療機関等	所在地	2010 SOUTH ARLINGTON														
	名称	●●MEDICAL CLINIC			医師名	●●●●●●●●										
診療期間(外来)	令和	●	年	●	月	●	日	～	令和	●	年	●	月	●	日	
診療期間(入院)	令和	●	年	●	月	●	日	～	令和	●	年	●	月	●	日	

- ★外傷性傷病(ケガ等)は、負傷原因を詳細にご記入ください
- ★診療内容明細書・領収明細書(日本語翻訳文つき)・調査に係る同意書・現地で支払った領収書
- ★渡航期間がわかるパスポート(写)を添付してください

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	被保険者(申請者)氏名	
	代理人の	被保険者との関係

被保険者以外の方が、療養費を受け取る場合には、被保険者氏名欄、代理人欄をそれぞれ、自署でご記入ください

全日本理美容健康保険組合

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	銀行	支店番号	本店
	口座番号	被保険者本人の振込口座をご記入ください なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください		
	口座名義 (カタカナ)			
	<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用の場合は☑をつけてください (公金受取口座をご利用の場合は、口座の確認に数日かかります)		