

海外でバカンス中に病気・けが・・・。

『海外療養費』の請求方法について

海外旅行中に現地の病院にかかった場合（海外出張、海外勤務での業務外の病気・ケガも含みます）は、いったん医療費の全額を支払い、後日健保組合へ療養費支給申請書を提出して、給付の手続きを行うこととなります。

給付される金額は、健康保険法で日本国内の医療費を基準として算定されるため、現地病院での支払額の7割が戻るわけではありません。

実際は、支払った額の1割程度かまたはそれ以下の支給となることが、ほとんどとなります。

*各自で海外旅行保険に加入されることをオススメいたします。

〔申請に必要な提出書類〕

- ・療養費支給申請書
 - ・医療機関が発行した診療内容明細書（A医科用・B歯科用の用紙を使用しても、かまいません）
 - ・領収（明細）書
- *日本語翻訳（翻訳者の住所・氏名・捺印が必要）を必ず添付してください。

〔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。

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

診療内容明細書 (A・医科用)

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状	<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 _____ Initial Visit (in this case) 当件の初診日 _____ Subsequent Visit 再診 _____ Total 合計 _____ Visits 回		6 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room, Food, etc. 室料・食事療養 _____	
2 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		7 Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	
3 <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴		8 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 _____ <input type="checkbox"/> Blood 血液 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 _____ <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____		9 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____	
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 回		10 Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____ <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____	
		11 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書 _____	

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date
日付

Physician's Signature
医師の署名

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書 (B・歯科用)

Name of Patient
患者名 _____

Date of Birth
生年月日 _____

Sex
性別 M 男 F 女

Date of Services
受診日 From _____ to _____

Total 合計 _____ Visits 回

Tooth Number 歯式															
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯							
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16									#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J				
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									E D C B A	A B C D E				
R									L	R					L
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									E D C B A	A B C D E				
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17									#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K				

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____	8 Filling Amal. 1 surf.	_____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム	2 surf.	_____
レントゲン		_____		3 surf.	_____
Periapical 標準型 ×		_____			_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	Comp. 1 surf.	_____	_____
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	複合 2 surf.	_____	_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	レジン 3 surf.	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	面		_____
5 Root Planing	_____	_____	9 Inlay / Onlay	_____	_____
スクラッピング・ルートプレーニング	_____	_____	インレー・オンレー		_____
Gingival Curettage	_____	_____	10 Amal./ Comp. Build-up	_____	_____
歯周ポケット掻爬	_____	_____	充填物による支台築造		_____
Perio-operation	_____	_____	Post & Core メタルコア	_____	_____
歯周外科手術	_____	_____	11 Crown 冠	_____	_____
6 Extraction 抜歯	_____	_____	Porcelain/Gold ポセリン・金	_____	_____
Other Operation	_____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
その他の手術	_____	_____	Other その他	_____	_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____	12 Bridge Work ブリッジ	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断	_____	_____	Abutment 支台歯	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	Pontic ポンティック	_____	_____
1 canal	_____	_____	13 Denture 有床義歯	_____	_____
2 canal	_____	_____	Repair 義歯修理	_____	_____
3 canal	_____	_____	14 Other (specify) その他	_____	_____
根管	_____	_____	Medical Certificate 診断書	_____	_____

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date
日付 _____

Dentist's Signature
医師の署名 _____