

# 海外療養費について

## ◆ 海外療養費の支給条件

海外旅行中など、海外で病気やケガでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、申請により医療費の一部が海外療養費として払い戻しを受けることができます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療に限られ、治療目的で海外へ渡航した場合などは支給対象外となります。

## ◆ 支給金額

日本国内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、自己負担額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。

なお、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（売りレート）により円に換算し、支給額を計算します。

※ 診療を受けた国によって算定方法や物価および医療水準が異なるため、海外で支払った金額よりも支給額が大幅に少なくなることがあります。

## ◆ 申請の手続き

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

（申請書類）

- ① 療養費支給申請書
- ② 診療内容明細書（様式A）
- ③ 領収明細書（様式B）
- ④ 領収書（原本）
- 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 海外療養を担当した者（医師等）に照会するときのための同意書

※ ②と③については治療を受けた医師に記入してもらい、外国語で作成されている場合は日本語の翻訳文を添付してください。

（翻訳文には、翻訳者の氏名・住所を記入してください。）

※ 海外へ直接送金および通知書の送付はしませんので、日本国内の金融機関口座・住所をご記入ください。

被保険者以外の方が受け取る場合は、申請書の受取代理人欄で受領の委任をして下さい。

※ ケガによる受診の場合は、別途負傷届の提出が必要となります。

# 健康保険被保険者療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 被保険者の 氏名と印  生年月日	(フリガナ)  大・昭・平 年 月 日	③  印	
	④ 被保険者の 現住所	〒 _____ 番 _____ 号 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 Tel ( ) _____				
	⑤ 事業所の名称	_____				
	⑥ 傷病名	_____	⑦ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日		
	⑧ 発病又は負傷の原因	_____				
	⑨ 傷病の経過	_____				
	⑩ 診療又は手当を受けた病院等	ア 名称	_____	イ 診療した 医師氏名	_____	
		ウ 所在地	_____			
	⑪ 診療又は手当の内容	_____				
	⑫ 診療又は手当の期間	平成 年 月 日から	_____	日間	⑬ 診療又は手当に要した費用の額	_____ 円
		平成 年 月 日まで	_____			
	⑭ 療養の給付を受けることができなかった理由	_____				
	⑮ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所、氏名(住所氏名が不詳であるときはその旨)	_____				
⑯ 被扶養者が受けるためのものであるときは、その者の	ア 氏名	_____	イ 被保険者の 続柄	_____		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日				
⑰ 備考	振込希望の 銀行	_____	支店 普・当・貯 口座番号	_____		
		(フリガナ) 名義人	_____			
委任状	私は事業主 _____ を代理人と定め次の権限を委任する。 1. 平成 年 月 日請求した療養費の受領に関すること。 _____ 平成 年 月 日 本人 住所 _____ 氏名 _____ 印					

(健康保険法第53条、第63条の4)

## 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書き、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.

毎月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form A

### Attending Physician's Statement

様式A

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(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance(Please refer to the table attached to this form).

病名及び社会保険用国際疾病分類番号

(No. )

3. Date of First Diagnosis: (D / M / Y)

初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days

診療日数

5. Type of Treatment

治療の分類

- Hospitalization: From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)

入院

自

至

日間

- Out patient 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 Treatment(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

この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 病院または診療所

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

※ この明細書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文を添付してください。  
(翻訳文には翻訳者の氏名・住所を記入してください。)

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医また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 / clinic.  
この様式は担当医または病院の事務長が書き、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.  
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、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ください。

Form B  
様式B

### Itemized Receipt 領収明細書

(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	専門看護費	\$	
(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) Anesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) The 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 Luxurious room charge.**

注意：高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic.**

担当医また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 病院または診療所		Phone 電話
Date 日付	Signature 署名		

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

Starting date of medication      Year\_\_\_\_\_Month\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_

患者

(患者名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

Patient

(Name of patient) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date of birth)      Year\_\_\_\_\_Month\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_

大阪自動車整備健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、大阪自動車整備健康保険組合の職員又は大阪自動車整備健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを大阪自動車整備健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Osaka car maintenance health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Osaka car maintenance health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から3ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year\_\_\_\_\_Month\_\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self・Guardian・Heir・Other

※ This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

## Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

### 国民健康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

- 0101 Intestinal infectious diseases  
腸管感染症
- 0102 Tuberculosis  
結核
- 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
- 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
- 0105 Viral hepatitis  
ウイルス肝炎
- 0106 Other viral diseases  
その他のウイルス疾患
- 0107 Mycoses  
真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases  
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 0109 Others  
その他の感染症及び寄生虫症

#### II Neoplasms

##### 新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach  
胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon  
結腸の悪性新生物
- 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
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts  
肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast  
乳房の悪性新生物
- 0207 Malignant neoplasm of uterus  
子宮の悪性新生物
- 0208 Malignant lymphoma  
悪性リンパ腫
- 0209 Leukemia  
白血病
- 0210 Other malignant neoplasms  
その他の悪性新生物
- 0211 Others  
良性新生物及びその他の新生物

#### 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傷害

- 0301 Anemia  
貧血
- 0302 Others

その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

#### **IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders**

内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland  
甲状腺傷害
- 0402 Diabetes mellitus  
糖尿病
- 0403 Others  
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

#### **V Mental and behavioural disorders**

精神及び行動の障害

- 0501 Vascular dementia and unspecified dementia  
血管性及び詳細不明の痴呆
- 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
- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders  
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
- 0504 Mood[ffective]disorders  
気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
- 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性障害
- 0506 Mental retardation  
精神遅滞
- 0507 Others  
その他の精神及び行動の障害

#### **VI Diseases of the nervous system**

神経系の疾患

- 0601 Parkinson's disease  
パーキンソン病
- 0602 Alzheimer's disease  
アルツハイマー病
- 0603 Epilepsy  
てんかん
- 0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
- 0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害
- 0606 Others  
その他の神経系の疾患

#### **VII Diseases of the eye and adnexa**

眼及び付属器の疾患

- 0701 Conjunctivitis  
結膜炎
- 0702 Cataract  
白内障
- 0703 Disorders of refraction and accommodation  
屈折及び調節の障害
- 0704 Others  
その他の眼及び付属器の疾患



## **VIII Diseases of the ear and mastoid process**

### **耳及び乳様突起の疾患**

- 0801 Otitis externa  
外耳炎
- 0802 Other disorders of external ear  
その他の外耳疾患
- 0803 Otitis media  
中耳炎
- 0804 Other diseases of middle ear and mastoid  
その他の中耳及び乳様突起の疾患
- 0805 Disorders of vestibular function  
メニエール病
- 0806 Other diseases of inner ear  
その他の内耳疾患
- 0807 Others  
その他の耳疾患

## **IX Diseases of the circulatory system**

### **循環器系の疾患**

- 0901 Hypertensive diseases  
高血圧性疾患
- 0902 Ischaemic heart diseases  
虚血性心疾患
- 0903 Other forms of heart disease  
その他の心疾患
- 0904 Subarachnoid haemorrhage  
くも膜下出血
- 0905 Intracerebral haemorrhage  
脳内出血
- 0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries  
脳梗塞
- 0907 Cerebral atherosclerosis  
脳動脈硬化（症）
- 0908 Other cerebrovascular diseases  
その他の脳血管疾患
- 0909 Atherosclerosis  
動脈硬化（症）
- 0910 Hemorrhoids  
痔核
- 0911 Hypotension  
低血圧症
- 0912 Others  
その他の循環器系の疾患

## **X Diseases of the respiratory system**

### **呼吸器系の疾患**

- 1001 Acute nasopharyngitis [common cold]  
急性鼻咽頭炎[かぜ]
- 1002 Acute pharyngitis and tonsillitis  
急性鼻咽炎及び急性扁桃炎
- 1003 Other acute upper respiratory infections  
その他の急性上気道感染症
- 1004 Pneumonia  
肺炎

- 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis  
急性気管支炎及び急性細気管支炎
- 1006 Allergic rhinitis  
アレルギー性鼻炎
- 1007 Chronic sinusitis  
慢性副鼻腔炎
- 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
- 1009 Chronic obstructive pulmonary diseases  
慢性閉塞性肺疾患
- 1010 Asthma  
喘息
- 1011 Others  
その他の呼吸器系の疾患

## **XI Diseases of the digestive system**

### 消化器系の疾患

- 1101 Dental caries  
う蝕
- 1102 Gingivitis and periodontal disease  
歯肉炎及び歯周疾患
- 1103 Other diseases of teeth and supporting structures  
その他の歯及び歯の支持機構
- 1104 Gastric and duodenal ulcer  
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
- 1105 Gastritis and duodenitis  
胃炎及び十二指腸炎
- 1106 Alcoholic liver disease  
アルコール性肝疾患
- 1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified  
慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
- 1108 Liver cirrhosis  
肝硬変（アルコール性のものを除く）
- 1109 Other diseases of liver  
その他の肝疾患
- 1110 Cholelithiasis and cholecystitis  
胆石症及び胆のう炎
- 1111 Diseases of pancreas  
膵疾患
- 1112 Others  
その他の消化器系の疾患

## **XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue**

### 皮膚及び皮下組織の疾患

- 1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の感染症
- 1202 Dermatitis and eczema  
皮膚及び湿疹
- 1203 Others  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

## **XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue**

### 筋骨格系及び結合組織の疾患

- 1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性関節障害

- 1302 Arthrosis  
関節症
- 1303 Spondylopathies  
脊椎障害（脊椎症を含む）
- 1304 Intervertebral disc disorders  
椎間板障害
- 1305 Cervicobrachial syndrome  
頸腕症候群
- 1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び座骨神経痛
- 1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害
- 1308 Shoulder lesions  
肩の障害
- 1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害
- 1310 Others  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

#### **XIV Diseases of the Genitourinary system**

##### **尿路性器系の疾患**

- 1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
- 1402 Renal failure  
腎不全
- 1403 Urolithiasis  
尿路結石症
- 1404 Other diseases of urinary system  
その他の尿路系の疾患
- 1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大（症）
- 1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性性器の疾患
- 1407 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経周辺期障害
- 1408 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房及びその他の女性性器の疾患

#### **XV Pregnancy, childbirth and the puerperium**

##### **妊娠、分娩及び産じょく**

- 1501 Abortion  
流産
- 1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠中毒症
- 1503 Single spontaneous delivery \*  
単胎自然分娩
- 1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく

#### **XVI Certain conditions originating in the perinatal period**

##### **周産期に発生した病態**

- 1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害
- 1602 Others  
その他の周産期に発生した病態

**XVII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities**

先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart

心臓の先天奇形

1702 Others

その他の先天奇形、変形及び染色体異常

**XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere 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

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere 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

**XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes**

損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture

骨折

1902 Intracranial injury and injury to organs

頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions

熱傷及び腐食

1904 Poisoning

中毒

1905 Others

その他

---

Important: No. 1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.

1503番(\*印)は国民健康保険は適用されません。