

海外の医療機関にかかった方へ

健康保険組合の被保険者証は、海外では使用できません。しかし、被保険者や家族(被扶養者)の方が、海外渡航中に発生した傷病等でやむを得ず現地の医療機関で治療を受けた場合、一旦医療機関の窓口で医療費全額を支払っていただきますが、必要書類を添付の上、海外療養費支給申請書を提出することにより、健康保険組合から一部医療費の払い戻しを受けることができる場合もあります。

支給対象となるのは、日本国内で治療を受けた場合に、健康保険の適用が受けられる治療等に限られます。ただし、はじめから治療目的で海外へ渡航した場合や、業務上災害・通勤災害・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象となりません。

記

1. 提出書類

海外療養費を申請するにあたっては、次の書類が必要です。(※申請の都度、提出してください。)

なお、医師の診療内容明細書及び領収明細書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文が必要です。(翻訳文を添付する際は、翻訳者の住所、氏名を記載してください。翻訳されていない診療内容明細書等が添付された申請書は、受け付けることができません。)

- ① 海外療養費支給申請書
- ② 医療機関で発行された診療内容明細書(傷病名・症状、治療・投薬内容が詳細に記入されたもの)
- ③ 領収明細書(支払った金額の明細が詳しく記入されたもの)
- ④ 領収書(原本)
- ⑤ 海外に渡航した事実が確認できる書類の写し **(注)**
(受診された方の入国がわかるパスポートのページと氏名が記載されたページの写し、または航空券等の写し)
- ⑥ 同意書(海外療養の内容について照会をかける場合があります。) **(注)**
(注)⑤⑥は、健康保険法施行規則の一部改正に伴い、平成 28 年 4 月 1 日より添付が必要となります。
(健保則第 66 条関係)海外療養費を健保に申請する都度に必要となりますので、必ず提出して下さい。
⑥同意書については、健保ホームページの「各種申請用紙」の同意書よりダウンロードできます。

※全て原本を提出してください。(コピーは不可)

②③については、書式の制約はありませんので、医療機関の書式で問題ありません。

書式が必要な方は、健保ホームページの「各種申請用紙」の

診療内容明細書・領収明細書【海外用書式が必要な方】よりダウンロードできます。

2. 支給金額について

国内の健康保険で定めた治療費を基準とした額になります。

(「保険診療対象費用」に限ります。日本国内で保険適用外となる診療は対象外です。)

外貨で支払われた医療費については、健康保険組合が支給決定を行う日の外国為替換算率(売りレート)により円に換算し、支給金額を決定します。

※ 海外で診療を受ける場合、同じ内容の治療、投薬等であっても、日本の基準と異なりかなり高額な費用になる場合が多々あります。海外療養費として支給する金額と、海外の医療機関で支払った金額とに大きな差異が生じる場合がございますのでご注意願います。

以上

健 保 記 入 欄	支 給 額	(備考欄)	常務理事	事務長	担当
		円			

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年 月 日							
	被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
		番号							
	被保険者 住所	〒	電話 ()	所属及び 部署名	電話 ()				
	療養が被扶養 者のときは、 その者の氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日	傷病名	診療内容		
	発病または 負傷の原因								
	会社が付保している「海外旅行傷害保険」 の支給を受けましたか(受けますか)	いいえ ・ はい (健保申請可能) (健保申請不可)		第三者行為に よるものですか	いいえ ・ はい				
	診療を 受けた 医療 機関	国名			診療内容				
		所在地							
名称									
診療の期間 (支給期間)	自	平 令	年	月	日	日数	区 分	入院の場合左記の入院期間	診療に要した金額
	至	平 令	年	月	日	日	通 院	自 年 月 日	※領収書を添付すること ※現地通貨で記入
							入 院	至 年 月 日	通貨 単位 【 】
理由	1. 海外に在住中 2. 出張中 3. 私費旅行 4. その他()								
給付金振込先	給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。								

- 提出書類 ※全て原本を提出してください。(コピーは不可)
- ① 海外療養費支給申請書 (* 診療月毎、医療機関(病院・薬局)別、入院・外来に分けて作成してください)
 - ② 医療機関で発行された診療内容明細書(傷病名・症状、治療・投薬内容が詳細に記入されたもの)
 - ③ 領収明細書(支払った金額の明細が詳しく記入されたもの)
 - ④ 領収書(原本)
 - ⑤ 海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
(入国がわかるパスポートのページと氏名が記載されたページの写し、または航空券等の写し)
 - ⑥ 同意書
- ※②③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(翻訳者の住所・氏名を記載してください)

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
大気社グループ健康保険組合

受付日付印