

— 海外療養費の申請をされる場合のお願い —

被保険者であるご本人、またはその扶養ご家族が海外において、負傷したり、疾病にかかった場合の費用を申請いただく際は、以下の書類をご提出ください。

【申請手続に必要な申請書および様式】

1. 療養費・家族療養費支給申請書・・・[様式 1]
2. 診療内容明細書（医科）・・・・・・[様式 2-1]
3. 診療内容明細書（歯科）・・・・・・[様式 2-2]
4. 領収明細書・・・・・・・・・・・・[様式 3]
5. 診療内容の概要・・・・・・・・・・・・[様式 4]
6. 治療状況届・・・・・・・・・・・・[様式 5]
7. 調査に関わる同意書・・・・・・・・・・[様式 6]
8. 署名・押印欄・・・・・・・・・・・・[様式 7]

【記入上の注意事項】

1. 「海外療養費支給申請書[様式 1]」標題の「被保険者」「家族」は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。
2. 「診療内容明細書[様式 2]」および「診療内容の概要[様式 4]」は担当の医師、「領収明細書[様式 3]」は医師または病院事務長に証明してもらってください。
また、「診療内容の概要[様式 4]」については、日本語で翻訳のうえご提出ください。
3. 各月毎、入院・外来・歯科別に作成して申請ください。
(申請書および各様式については、必要部数コピーしてご使用ください。)
4. 「治療状況届[様式 5]」については、算定の際必要となりますので、ご本人が詳細にご記入ください。
5. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、海外療養費支給申請書[様式 1]の備考欄へ記載して下さい。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【申請における注意事項】

1. 療養の費用については、国内の保険診療の範囲内の「国内療養費」におきかえて算定し、算定額の 7～9 割を支給します。(支払った費用が算定額を下回る場合は、その額の 7～9 割) したがって、海外で支払われた医療費との差異が生じる場合がありますが、ご了承ください。
2. 後日、算定上、当健保から「治療状況届」の内容についてお問い合わせする場合がありますのでご協力ください。
3. 労働災害(通勤災害)や医療行為を受ける目的で海外へ渡航される場合は、給付の対象外です。

【添付書類】

1. 領収書の原本
2. 海外に渡航した事実が確認できる書類（海外駐在員の被保険者本人の場合は不要）
例①パスポートの以下のページの写し：本人確認のページ、診療を受けた国への入出国がわかるページ
②航空券の写し

【受 付 印】

		支 給 支 払 決 議 書				
		常務理事	事務長	係		不支給の場合
						
支給決定日	年 月 日					
換算レート			資格取得年月日	年 月 日		
支給決定額	円		資格喪失年月日	年 月 日		

被 保 険 者
家 族

海外療養費支給申請書

被保険者の	被保険者証の 記号番号	—		氏名		
	住所			生年月日	昭和 平成	年 月 日
被扶養者にかかる 申請の時はその者の	氏名			生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日
傷病名				発病または 負傷の年月日	令和	年 月 日
発病または 負傷の原因	負傷原因は詳細をご記入ください(不明・不詳の場合はその旨記入。空欄不可。)					
	第三者行為(交通事故・喧嘩等) による傷病ですか		はい・いいえ	届出の有無		ある・ない
診療を受けた 病院等の	名称			医師の氏名		
	住所					
診療の内容						
診療の期間	通院	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 日間				
	入院	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 日間				
治療に要した(立替 払いした)費用の額				(貨幣単位)		
受 取 方 法 (① ② い ず れ か 記 入)	①在籍中の方 会社へ委任 して下さい	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名				
	②上記以外 振込先を記 入して下さい (任継者は記入不要。 登録口座へ振込)	銀 行 信金・信組 労金・農協		本店・出張所 支店・営業部		普通・当座
		口座 番号	(フリガナ) 口座名義		()	
備 考 欄						

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

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性	☐ M 男	☐ F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 / 症状		☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ 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 _____ _____ Home Visit 往診 _____ Total 合計 _____ Visits 回		7 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 室料 _____ Food 食事療養 _____	
2 Medication 投薬 ☐ yes ☐ no The kind of medicine 薬剤の種類 Total 1. _____ 2. _____ 3. _____		8 Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure(specify)その他の処置 _____	
3 ☐ Injection 皮下・筋注 ☐ IV treatment 点滴 The kind of medicine 薬剤の種類 Total 1. _____ 2. _____ 3. _____		9 Anesthesia 麻酔 ☐ Local ☐ Spinal ☐ General 局部 脊髄 全身	
		10 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 ☐ Urine 尿 ☐ Blood 血液 ☐ _____ ☐ ECG(EKG) 心電図 ☐ Ultrasound 超音波検査 ☐ _____ ☐ _____		11 Radiology 画像診断 ☐ X-Ray レントゲン診断 ☐ CT コンピューター断層撮影 ☐ _____	
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 _____ 回		12 Others(specify) その他 ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ Medical Certificate 診断書	
6 Medical Supplies 医療器材			

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 _____ Physician's Signature
日付 _____ 医師の署名 _____

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

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性 ☐ M ☐ F
 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 R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L #32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25 #24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17												#A #B #C #D #E #F #G #H #I #J R E D C B A A B C D E L #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 充填		
2. X-ray レントゲン			Amal. アマルガム 1 surf.	_____	_____
Bite-wings 咬翼型		_____	2 surf.	_____	_____
Periapical 標準型		_____	3 surf.	_____	_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	Comp.複合レジン 1surf.	_____	_____
3. Medication 投薬 ☐ yes ☐ no		_____	2 surf.	_____	_____
4. Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	3 surf.	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	面		
5. Root Planing			9. Inray / Onlay インレー/オンレー	_____	_____
スケーリング・ルートプレーニング	_____	_____	10. Amal./Comp.Build-up		
Gingival Curettage			充填物による支台築造	_____	_____
歯周ポケット搔爬	_____	_____	Post & Core メタルコア		
Perio-operation			11. Crown 冠	_____	_____
歯周外科手術	_____	_____	Porcelain/Gold ポーセレン・金		
6. Extraction 抜歯			Silver Alloy 銀合金	_____	_____
Other Operation その他の手術	_____	_____	Other その他	_____	_____
7. Pulp Cap 歯髄			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
 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 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又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.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (homevisit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に、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下さい。

Itemized Receipt

領 収 明 細 書

(1)	Free 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)	X-Ray Examination	X線検査費	\$
(9)	Laboratory Tests	諸検査費	\$
(10)	Medicines	医薬費	\$
(11)	Surgical dressing	包帯費	\$
(12)	Anesthetics	麻酔費	\$
(13)	Operating Room Charge	手術室費用	\$
(14)	Others (Specify)	その他(項目明記)	\$
			\$
(15)	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のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title
名前 姓 名 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date Signature
日付 署名

◆診療内容の概要◆

1 Nature and Condition of Illness or Injury.(in brief)

翻訳

症状の概要

2 Prescription Operation and any other Treatments.(in brief)

翻訳

処方、手術その他の処理の概要

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

Date Physician's Signature

日付

医師の署名

翻訳者記入

氏名 印

住所 TEL

◆治療状況届◆

受診日・時間	令和 年 月 日 AM・PM 時頃
症 状	
治療内容	

受診日・時間	令和 年 月 日 AM・PM 時頃
症 状	
治療内容	

受診日・時間	令和 年 月 日 AM・PM 時頃
症 状	
治療内容	

受診日・時間	令和 年 月 日 AM・PM 時頃
症 状	
治療内容	

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

NTN 健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、 _____ は、NTN 健康保険組合の職員又は NTN 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、パスポートのコピーを NTN 健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To : NTN health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize NTN 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) _____

(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 6 ヶ月です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year Month Day _____

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

※This agreement of authorization expires 6 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.