

海外療養費支給申請書について

○被保険者又はその家族が海外に在住中又は旅行中に負傷したり、疾病にかかった
場合の費用については国内における保険診療の範囲内で払い戻しを受ける事ができます。

* 対象外の治療は次のとおりです。

- ・治療を目的に海外へ渡航し診療を受けた場合
- ・日本国内で保険適用となっていない医療行為(歯科矯正、臓器移植、美容整形手術など)
- ・救急車の料金、差額ベッド代等

【提出にあたっての注意事項について】

- * 本ページと海外療養費支給申請書、診療/歯科内容明細書、領収明細書と同意書(2-7ページ)はそれぞれをわけて印字してください。
提出は、本ページと海外療養費支給申請書、診療/歯科内容明細書、領収明細書、各書類の翻訳文、同意書をお願いします。
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- * **記入例にしたがって、ご記入ください。**
- * 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。
- * 申請書は、療養を受けた方毎、診療月毎、医療機関、調剤毎にわけて記載してください。
- * **在職中の期間に診療を受けた方は、事業所担当部署経由でご提出ください。**

【添付書類について】

海外療養費に必要な添付資料は、次のとおりです。

(申請者本人で用意するもの)

- ☐ 診療内容明細書(医科用・歯科用)と領収書と領収明細書 全て原本をご提出ください。
- ☐ 診療内容明細書(医科用・歯科用)は月毎(入院・外来毎)に1枚ずつ証明が必要です。
- ☐ 診療内容明細書(医科用・歯科用)・領収明細書については別紙に邦訳を付し
翻訳者の住所・氏名を記入の上、捺印又はサインをしてください。
- ☐ 同意書

任意継続被保険者の方

- ☐ 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)のコピー

【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に☑をお願いします。

- 記入すべき項目に漏れはないですか。(記入例の赤字の箇所)
- 添付書類に漏れはないですか。
- 療養費支給申請書・診療内容明細書・領収書の金額が一致していますか。
- 療養費支給申請書に現地通貨での合計金額を記入していますか。
- 診療内容明細書、領収明細書に医師の署名がありますか。
- 海外療養費の請求は病院に費用の支払をした翌日から2年を経過すると
時効により申請できなくなります。
- 各書類の邦訳がされていない場合は支給できませんので邦訳をお忘れなく。
- 在職中の期間に診療を受けた方は、**事業所担当部署**に送付してください。
任意継続の方は、下記の「送付先情報」に送付してください。

チェック欄

	申請者	事業所
1		
2		
3		
4		
5		
6		

7		
8		

【送付先情報】

..... 切り取り線

〒532-0003

大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F
株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内
大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

療養費支給申請書【海外療養費】

被保險者情報

申請内容

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和	年	月	日
	被保険者(申請者)	氏 名				
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名				

振込先情報	金融機関コード		支店コード			
	金融機関名称		銀行		本店	
			信用金庫		支店	
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

備考	個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

大塚製薬健康保険組合

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to the Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

Form A
様式 AAttending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)

患者名 _____

Sex
性別

Male

Female

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日 _____

Medical Record Number 診療録番号

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number
-
- For Health Insurance Purposes. (Please refer to the table attached to this form.)

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)

3. Date of Initial Visit (D / M / Y)

初診日 _____

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数 _____ days

5. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

☐ Hospitalization

入院

From

/

/

to

/

/

(

days)

自

/

/

至

/

/

(

日間)

☐ Outpatient or Home Visit

入院外

/

/

.

/

/

/

/

.

/

/

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

8. Was treatment required as a result of accidental injury? _____
- ☐
- Yes
- ☐
- No

治療は事故の傷害によるものですか？

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式 B による

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者	
住所	_____
住所	_____
氏名	_____ (印)
電話	_____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

Form
B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

1. Initial Office Visit	初 診 料	
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	
3. Home Visit	往 診 料	
4. Hospitalization	入 院 費	
5. Consultation	診 察 費	
6. Operation	手 術 費	
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	
9. Tests Performed	諸 検 査 費	
*検査内容を記入 *Please provide details below		
10. Medications	*薬品名・投与量を記入 *Please provide the name and dosage for each medication	医 薬 費
11. Treatments/Procedures	処 置 費	
12. Surgical Dressings	包 帯 費	
13. Anesthetics	麻 酔 費	
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	
15. Other (Please specify)	その他 (特記せよ)	
16. Total	合 計	

Currency Unit

通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

氏名

電話



調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・療養開始日 _____ 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 _____

大塚製薬健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 _____ は、大塚製薬健康保険組合の職員又は大塚製薬健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類等にある事実(療養行為などを行った日時、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、療養行為など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、パスポートを大塚製薬健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Otsuka health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize Otsuka health insurance association 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

署名は、療養を受けた本人が行ってください。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）が署名してください。

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 [_____]

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

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

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、所定の書類に必要な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.