

海外療養費請求書

【改訂：2022年10月】

|                                                                                   |                        |                                                                                                  |                                                        |                                    |          |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                          | 被保険者証の<br>記 号 番 号      | 記 号<br>番号                                                                                        | 被保険者<br>氏 名                                            |                                    |          |       |
|                                                                                   | 事 業 所 の<br>名 称         |                                                                                                  | 職 場                                                    |                                    |          |       |
|                                                                                   | 受診者氏名                  | 男<br>女                                                                                           | 生年月日<br>S H R 年 月 日                                    | 被保険者との続柄                           |          |       |
|                                                                                   | 傷 病 名                  |                                                                                                  |                                                        | 初 診 日                              | 平成<br>令和 | 年 月 日 |
|                                                                                   | 診療内容<br>(診察、投薬、検査等)    |                                                                                                  | 投 薬<br>有<br>無                                          | 薬剤名<br><br>日分<br>用量 1 日 回 (錠 ml 他) |          |       |
|                                                                                   | 傷病の経過                  |                                                                                                  |                                                        |                                    |          |       |
|                                                                                   | 診療を受けた<br>医療機関等の<br>名称 |                                                                                                  |                                                        | 診療を受けた<br>医療機関等の国名                 |          |       |
|                                                                                   |                        |                                                                                                  |                                                        | 診療に要した<br>費 用 の 額                  |          |       |
|                                                                                   |                        |                                                                                                  |                                                        | 通貨単位                               |          |       |
|                                                                                   | 診療期間                   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 診療日数: 日間<br>治療が月をまたいだ場合または複数の医療機関で受診した場合は、各月・各医療機関毎に海外療養費請求書・診療内容明細書をご提出ください |                                                        |                                    |          |       |
|                                                                                   | 上記期間中の<br>入院の有無        | 有 月 日 ~ 月 日 入院日数: 日間                                                                             |                                                        |                                    |          |       |
|                                                                                   |                        | 無                                                                                                |                                                        |                                    |          |       |
|                                                                                   | 第三者の行為に<br>よる負傷か否か     | いいえ はい                                                                                           |                                                        |                                    |          |       |
| ※日本国内で受診<br>できなかった理由                                                              | ①出向中<br>(家族帯同を含む)      | ②出張中                                                                                             | ③その他 理由:( )<br>パスポート(氏名の頁、滞在国の入国または出国の押印が確認できる頁)の写しを添付 |                                    |          |       |
| 上記のとおり請求いたします。<br>年 月 日 被保険者住所<br>YKK健康保険組合理事長 殿<br>被保険者氏名<br>印<br>(自署の場合のみ押印省略可) |                        |                                                                                                  |                                                        |                                    |          |       |

|                       |              |       |   |               |  |
|-----------------------|--------------|-------|---|---------------|--|
| 組<br>合<br>記<br>入<br>欄 | ／            | US\$: | = | 円             |  |
|                       | 現地医療費<br>換算額 | ×     | = | 円<br>(1円未満切捨) |  |
|                       | 日本国内診療算定額    |       |   | 円             |  |

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

- ご記入の際は裏面の記入要領を、よくお読みの上ご記入ください。
- ご記入いただいた個人情報は、療養費の支給にのみ利用させていただきます。

【添付書類】

- 診療内容明細書・・・外国語で書かれているものは日本語の翻訳文を添付
- 領収書(原本)・・・英語以外の言語で書かれたものは日本語の翻訳文を添付
- ※ ③その他の場合、パスポート(氏名の頁、滞在国の入国または出国の押印が確認できる頁)の写し

【振込みについて】

社内預金払出口座に振込みます。  
支給額については、健康ポータルサイト(健康の森)の医療費通知をご確認ください。

## 記 入 要 領

1. 被保険者の記入欄は必ず記入してください。
2. 診療内容明細書と医療機関の領収書(原本)を添付して請求してください。  
投薬がある場合は**薬の名称と量**を必ず記入してください。  
外国語で書かれた診療内容明細書(歯科診療内容明細書)は**日本語の翻訳文**を添付してください。  
英語以外の言語で書かれた領収書は**日本語の翻訳文**を添付してください。
3. 治療が数カ月に渡る場合、療養費請求書と診療内容明細書は必ず**各月毎**に提出してください。
4. 療養費は診療月の2カ月後の月末日(月末日が休日の場合はその前日)に支払われます。

### ※支給金額について

日本国内の医療機関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(日本円に換算した額)の方が低いときはその額＞から  
自己負担相当額(患者負担分)を差し引いた額を支給します。

日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から自己  
負担相当額を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なくなることがあります。

[注]YKK健康保険組合では、海外療養費については、専門知識をもった海外療養費  
事務代行会社に算定(日本国内での治療費に換算)を依頼しております。

### 【 提出先およびお問合せ先 】

Y K K 健 康 保 険 組 合

〒938-8601 富山県黒部市吉田200

TEL : (外線)0765-54-8650 (内線)772-3920

FAX : (外線)0765-57-0326 (内線)772-3929