

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk

海外 療養費・家族療養費 支給申請書  
Application Form for Overseas Medical Care Expenses

申請日 年 月 日  
Application Date: YYYY MM DD

被保険者等の Insured Person's	記号 Symbol	被保険者氏名 Insured Person's Name			
	番号 Number <small>※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.</small>	生年月日 Birth Date	年 月 日 YYYY MM DD		
被保険者の住所 Address of Insured Person		〒			
渡航先 Destination Country			事業所名称 Business Entity Name		
			事業所所在地 Business Entity Location		
家族が療養を受けた時 When a Family Member Has Received Medical Treatment	家族氏名 Family Member's Name			続柄 Relationship	
	生年月日 Birth Date	年 月 日 YYYY MM DD			
傷病名 Name of Illness or Injury			発病または負傷の年月日 Date of Illness or Injury	年 月 日 YYYY MM DD	
発病または負傷の原因 Cause of Illness or Injury			傷病の経過 Progress of Illness or Injury	完治・通院中・入院中・療養中 Fully Recovered / Outpatient Treatment / Hospitalized / Under Medical Care	
診療を受けた病院または診療所 Hospital or Clinic Where Treatment Was Received	名称 Name		診療内容 Treatment Details		
	医師の氏名 Doctor's Name		入院・入院外 (○で囲む) Inpatient / Outpatient (circle one)	入院・入院外 Inpatient / Outpatient	
	所在地 Location				
診療期間 Treatment Period	年 月 日 ~ 年 月 日 計 日間 YYYY/MM/DD to YYYY/MM/DD Total: ____ days		診療に要した金額 Medical Expenses	総額 Total	
				通貨 Currency	
日本国内で受診出来なかった理由 Reason for Inability to Receive Treatment in Japan	・出張中 While on business trip ・赴任中 While on assignment ・その他(理由 ) Other (Reason: _____)		→(別紙注意事項5参照) (See Note 5 on attached sheet) ※日本国内に居住する外国籍の被扶養者については 身分証明書のコピーを添付 *For foreign national dependents residing in Japan, please attach a copy of identification documents		
第三者の行為による負傷の場合 In the Case of Injury Due to a Third Party's Act	加害者名 Name of Person at Fault				
	加害者住所 Address of Person at Fault				

事業所証明欄	1. 当該申請者である被保険者は、業務命令により海外勤務していることを証明します。 2. 当該申請の治療を受けた被扶養者は、上記被保険者に帯同していることを証明します。 ※上記、1. 2. のうち、該当する番号に○を付けてください。	印
--------	--	---

※別紙【注意事項】をよく読んでから、事業所経由で提出してください。  
\*Please read the attached [Notes] carefully before submitting through your workplace.

受付印

## 【注意事項】 Important Notes

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。  
※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。  
※請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。  
※予防接種・正常分娩費用・海外での健康診断費用・業務上の負傷については給付対象外です  
Medical expenses incurred for injuries or illnesses while living or traveling overseas can be reimbursed by the Health Insurance Organization upon application.  
\*Medical expenses for treatment at overseas medical facilities when traveling abroad specifically for medical treatment are not eligible for overseas medical expense benefits.  
\*The claim deadline is 2 years from the day after payment of medical expenses, so please complete the procedures promptly.  
\*Vaccinations, normal childbirth expenses, overseas health checkup costs, and work-related injuries are not eligible for benefits.
2. 申請に必要な書類は、「海外療養費・家族療養費支給申請書」、「様式A・B・C」、「領収書の原本」、「調査に関わる同意書」です。  
・歯科以外を受診した場合：様式A・Bを医師または病院に証明を依頼してください。  
・歯科を受診した場合：様式Cを歯科医または病院に証明を依頼してください。  
Documents required for application are: "Application Form for Overseas Medical Care Expenses", "Forms A, B, C", "Original Receipts", and "Agreement of Authorization".  
・For non-dental visits: Please request certification of Forms A and B from the physician or hospital.  
・For dental visits: Please request certification of Form C from the dentist or hospital.
3. 各証明(様式A・B・C)それぞれに翻訳文A・B・Cへ日本語訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。(本人が翻訳した場合も同様)  
For each certification (Forms A, B, C), please complete the Japanese translation in the corresponding form (Translation Forms A, B, C) and have the translator sign and seal. (This also applies if you are the translator.)
4. 申請書は、受診者ごと、受診月(1日～月末)ごと、医療機関ごと、入院・外来の別、薬局(院外処方)ごとに1枚作成してください。月またがり又は複数の医療機関を1枚の申請書で作成されたものは無効です。  
Please complete one application form per patient, per treatment month (1st to end of month), per medical institution, separately for inpatient/outpatient care, and per pharmacy (external prescription). Applications covering multiple months or multiple medical institutions on a single form are invalid.
5. 日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明証(居住地が記載されたページ)の写しを添付してください。  
For foreign national dependents residing outside Japan, please attach a copy of identification documents (page showing place of residence).
6. 業務以外で渡航した場合は、上記の書類とあわせて航空券、パスポート等“海外に渡航した事実が確認できる書類”の写しを添付してください。  
例) パスポートの場合、「氏名のページと、滞在国の入国・出国の押印が確認できるページ」  
For non-business travel, please attach copies of documents that confirm the fact of overseas travel, such as airline tickets or your passport, along with the above documents.  
Example) For passports: Page with name and pages showing entry/exit stamps for the country of stay
7. 申請書類は、事業所経由でご提出ください。  
Please submit application documents through your workplace.
8. 事業主は、「事業所証明欄」へ証明をしてください。  
Employers must certify the Workplace Certification section.
9. 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を希望する場合は健保組合までご相談ください。  
If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.
10. 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。  
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。  
(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)  
In general, benefits will be paid to the salary transfer account.  
If you would like to transfer benefits to an account other than your salary account, please attach a copy of a document that can be used to confirm the financial institution name, branch name, account number, and account holder name. (Note that benefits can only be transferred to accounts in the name of the insured person.)

Form A  
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient home visit.  
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First)      Age (Date of Birth)      Sex (Male • Female)  
患者名      年齢 (生年月日)      性別 (男 • 女)
2. Name of Illness or Injury.  
傷病名
3. Date of First Diagnosis :      , 20  
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      , 20      to      , 20      (      days)  
入院      自      至      (      日間)  
☐ Out patient or Home Visit :      , 20      , 20  
入院外      , 20      , 20
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要
7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ?      Yes ☐      No ☐  
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 : Form B  
治療実費      様式 B
10. Name of Attending Physician / Address of Hospital or Clinic.  
担当医の名前及び病院住所

Attending Physician Name 名前 : Last 姓

First 名

Name of Hospital or Clinic 病院または診療所名称 :

Address of Hospital or Clinic 病院または診療所住所 :

Date 日付

S i g n a t u r e 署名

Form B  
様式 B

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient home visit.  
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式が1枚必要です。

I t e m i z e d   R e c e i p t  
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	入院管理量	
(5)	Hospitalization	入院料	
(6)	Consultation	診察費	
(7)	Operation	手術費	
(8)	Professional Nursing	職業看護婦費	
(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(特記せよ)	
(16)	Total	合 計	
(17)	Receipt day	領収日	

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ください。

Name of Attending Physician / Address of Hospital or Clinic.

担当医の名前及び病院名と住所

Attending Physician Name 名前 : Last 姓

First 名

Name of Hospital or Clinic 病院または診療所名称 :

Address of Hospital or Clinic 病院または診療所住所 :

Date 日付

S i g n a t u r e 署名

## 診療内容明細書

1. 患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ 性別(男・女) \_\_\_\_\_
2. 傷病名 \_\_\_\_\_
3. 初診日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
4. 診療日数 \_\_\_\_\_ 日間
5. 治療の分類
- ☐ 入院 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで ( \_\_\_\_\_ 日間)
- ☐ 入院外 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 日間)
- 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
6. 症状の概要
7. 処方、手術その他の処置の概要
8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい ☐ いいえ ☐
9. 治療実費
10. 担当医の名前及び病院住所

Form B  
様式 B

名前 : 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

病院または診療所名称 : \_\_\_\_\_

病院または診療所住所 : \_\_\_\_\_

証明日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 署名 \_\_\_\_\_

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印

電話 \_\_\_\_\_

## 領収明細書

初診料	
再診料	
往診料	
入院管理量	
入院料	
診察費	
手術費	
職業看護婦費	
X線検査費	
諸検査費	
医薬費	
包帯費	
麻酔費	
手術室費用	
その他(特記せよ)	
合 計	
領収日	

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

翻訳者

住所

---

---

氏名 ⑩

---

電話

---

社会保険表章用国際疾病分類表

Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance

I 感染症及び寄生虫症

	Certain infectious and parasitic diseases
0101	腸管感染症 Intestinal infectious diseases
0102	結核 Tuberculosis
0103	主として性的伝播様式をとる感染症
	Infections with a Predominantly sexual mode of transmission
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
0105	ウイルス肝炎 Viral hepatitis
0106	その他のウイルス疾患 other viral diseases
0107	真菌症 Mycoses
0108	感染症及び寄生虫の続発・後遺症
	Sequelae of infectious and parasitic diseases
0109	その他の感染症及び寄生虫症
	Other infectious and parasitic diseases

II 新生物 Neoplasms

0201	胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach
0202	結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
0204	肝炎及び肝内胆管の悪性新生物
	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物
	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
0206	乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast
0207	子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus
0208	悪性リンパ腫 malignant Lymphoma
0209	白血病 Leukaemia
0210	その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms
0211	良性新生物及びその他の新生物
	Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
0301	貧血 Anaemias
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
0401	甲状腺障害 Disorders of thyroid gland
0402	糖尿病 Diabetes mellitus
0403	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の傷害

	Mental and behavioural disorders
--	----------------------------------

0502	精神作用物質使用による精神及び行動の傷害
	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
0503	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0504	気分(感情)障害(躁うつ病を含む) Mood[affective] disorders
0505	神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
	Neurotic, stress-related and somatoform disorders
0506	精神遅滞 Mental retardation
0507	その他の精神及び行動の障害
	Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system

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

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

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

VIII 耳及び乳様突起の疾患

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

IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

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

0501	血管性及び詳細不明の痴呆 Vascular dementia and Unspecified dementia
<u>X 呼吸器系の疾患</u> Diseases of the respiratory system	
1001	急性鼻咽頭炎[かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃腺 Acute pharyngitis and tonsillitis
1003	その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections
1004	肺炎 Pneumonia
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis
1006	アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis
1007	慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎 Bronchitis, not specified as acute or chronic
1009	慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease
1010	喘息 Asthma
1011	その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system
<u>X I 消化器系の疾患</u> Diseases of the digestive system	
1101	う蝕 Dental caries
1102	歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害 Other disorders of teeth and supporting structures
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer
1105	胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis
1106	アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease
1107	慢性肝炎(アルコール性のものを除く) Chronic hepatitis, not elsewhere classified
1108	肝硬変(アルコール性のものを除く) Liver cirrhosis not elsewhere classified
1109	その他の肝疾患 Other disorders of liver
1110	胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis
1111	膵疾患 Diseases of pancreas
1112	その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system
<u>X II 皮膚及び皮下組織の疾患</u> Diseases of the skin and subcutaneous tissue	
1201	皮膚及び皮下組織の感染症 Infections of the skin and subcutaneous tissue
1202	皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue
<u>X III 筋骨格系及び結合組織の疾患</u> Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	
1301	炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies
1302	関節症 Arthrosis
1303	脊椎障害(脊椎症を含む) Spondylopathies
1304	椎間板障害 Intervertebral disc disorders
1305	頸腕症候群 Cervicobrachial
1306	腰痛症及び座骨神経痛 Low back pain and sciatica
1307	その他の脊柱障害 Other dorsopathies
1308	肩の障害 Shoulder lesions
1309	骨の密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
<u>X IV 泌尿生殖器系の疾患</u> Diseases of the genitourinary system	
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 Glomerular diseases

1402	腎不全 Renal failure
1403	尿路結石症 Urolithiasis
1404	その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system
1405	前立腺肥大(症) Hyperplasia of prostate
1406	その他の男性生殖器の疾患 Other diseases of male genital organs
1407	月経障害及び閉経周辺期障害 Menopausal and postmenopausal disorders
1408	乳房及びその他女性生殖器の疾患 Other disorders of breast and female genital organs
<u>X V 妊娠、分娩及び産じょく</u> Pregnancy, childbirth and the puerperium	
1501	流産 Pregnancy with abortive outcome
1502	妊娠中毒症 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium
1503*	単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
<u>X VI 周産期に発生した病態</u> Certain conditions originating in the perinatal period	
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害 Disorders related to length of gestation and fetal growth
1602	その他の周産期に発生した病態 Others Certain conditions originating in the perinatal period
<u>X VII 先天奇形、変形及び染色体異常</u> Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	
1701	心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常 Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
<u>X VIII 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</u> Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified	
1800	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 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
<u>X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響</u> Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	
1901	骨折 Fracture
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷 Intracranial damage and internal organ damage
1903	熱傷及び腐食 Burns and corrosions
1904	中毒 Poisoning
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響 Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

注:1503番(＊印)は社会保険は適用されません。

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.