

常務理事	事務長	担当	係

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	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 Amount	
			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				

給 付 金 支 払 先 Payment Information	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account.	
	尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る) If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured)	
	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for account information to be reflected after registration.
	<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 〔必要添付書類〕 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 [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.

事業所 証明欄 Employer Certification	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。 I certify that the insured person, who is the applicant, is working overseas under official business orders.	印 Stamp
	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。 I certify that the dependent who received treatment under this application is accompanying the above-mentioned insured person. ※上記、1. 2. のうち、該当する番号に○を付けてください。 *Please circle whichever of the above options applies.	

※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。  
・歯科に受診した場合：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.

- Form C
1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient home visit.

Attending Dental's Statement and Itemized Receipt

Name of Patient

Age

Sex (Male : Female)

Date of First Diagnosis

Days of Diagnosis and Treatment

days

Localization of Teeth							
Permanent Teeth				Deciduas Teeth			
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		e d c b a		a b c d e	
R			L	R			L
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		e d c b a		a b c d e	

1. Name of Illness

1. Dental Caries

2.Missing Teeth

3.Pyorrhea Alveolaris

4.The Others

2.Dental Treatment	Localization of Teeth Examined	Material	Medical care date			Fee
			MO.	DA.	YR.	
* Initial Office Visit						
* Fee for Follow-up Office Visit						
* Hospitalization						
* X-Ray Examination						
* Dental Pulp Extirpation						
* Operation						
* Extraction						
* Filling						
* Inlay						
* Metal Crown						
* Post Crown						
* Jacket Crown						
* Bridge Work						
* Plate Denture						
Partial Denture						
Complete Denture						
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris						
* Medicine						
* The Others(Specify)						

Receipt day	Mo. DA. YR.	Total	
-------------	-------------	-------	--

Name of Attending Physician / Address of Hospital or Clinic.

Attending Physician Name : Last

First

Name of Hospital or Clinic

Address of Hospital or Clinic

Date

Signature

歯科診療内容明細書 兼 領収明細書

受診者名

年齢

性別（男性 女性）

初診日

診療日数 days

Localization of Teeth 部位														
Permanent Teeth 永久歯					Deciduas Teeth 乳歯									
8 7 6 5 4 3 2 1					e d c b a									
R					L	R					L			
8 7 6 5 4 3 2 1					e d c b a					a b c d e				

1. 傷病名

1. う蝕症

2. 欠損

3. 歯槽膿漏

4. その他

2. 歯科治療	患歯部位	材料	治療日付			治療費
			月	日	年	
* 初診料						
* 再診料						
* 入院料						
* レントゲン検査						
* 抜髄						
* 手術						
* 拔牙						
* 充填						
* インレー						
* 金属冠						
* 継続歯						
* ジャケット冠						
* ブリッジ						
* 有床義歯						
局部義歯						
総義歯						
* 歯槽膿漏処置						
* 投薬						
* その他(特記せよ)						

領収日	西暦 年 月 日	合計	
-----	----------	----	--

担当医の名前及び病院住所

名前：Last 姓First 名

病院または診療所名称：

病院または診療所住所：

翻訳者

住所

氏名