

健康保険 被保険者 療養費 (海外療養) 支給申請書

表

下記の通り請求します。なお、給付金の受取については事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)

記号・番号	被保険者氏名	事業所名称	所属
—			
被保険者住所	備考欄 ※1		
療養を受けた者の氏名	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名	発病または負傷年月日		平成 令和 年 月 日
発病または負傷の原因 (できるだけ詳しく)	外傷の場合記入		<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> いずれでもない
診療の内容	療養を受けた者の渡航目的		<input type="checkbox"/> 業務命令による海外勤務等 または 被保険者の海外勤務等に帯同 <input type="checkbox"/> 上記以外(旅行・留学等)
医療を受けた病院等	名称	所在地	
医療を受けた期間	(自)平成・令和 年 月 日 (至)平成・令和 年 月 日 日間		
医療に要した費用	※実際に支払った現地の通貨での金額を記入して下さい		医療を受けた国

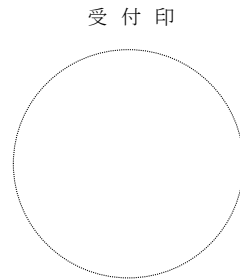
海外勤務者および帯同家族の場合

証 事 明 業 す 主 る が と こ ろ	療養を受けた者の氏名	渡航を開始した日	平成 令和 年 月 日
	上記の者は海外療養を受けた日において、業務命令による海外勤務等を行う者またはそれに帯同する家族であったことを証明する。 令和 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名		

所 属	課長	係長	係

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。
 個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

健 保 使 用 欄				
備考欄	本家区分	入外区分	受診年月日	年齢
	本・家	入・外	年 月 日	
	疾病番号	: (入院・外来) 1日あたり 点		
	レート	= (: 現在)		
計 算 欄	療養費	付加給付金	高額療養費	
	決定額	円	円	円



◆請求についての留意事項(必ずご確認ください)

- 被保険者氏名欄は被保険者自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。
- 申請の際は、医療機関別、入院・入院外別でひと月ごとに1枚この申請書が必要です。
- 海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られます。
- 海外療養費は現地で受けられた診療内容を日本の医療保険制度にあてはめて換算しますので、海外でお支払いになった額の満額給付にはならない可能性があります。
- 通勤途上、及び業務上の傷病については支給されません。
- 第三者行為による傷病の際は「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい。
- 傷病の内容によっては「負傷原因調査書」を提出いただくことがありますのでご了承下さい。

**◆必要添付書類について
(写し提出可のもの以外は全て原本を提出して下さい)****A. 業務命令により海外勤務等をしている場合 または
被保険者の海外勤務等に帯同している場合**

- ①現地の医療機関に支払った領収書
- ②診療内容明細書(様式A)
- ③領収明細書(様式B)
- ④様式A及び様式B 翻訳書
(様式A及び様式Bが外国語で作成されている場合)
- ⑤調査に関わる同意書
(日本語面への記載ができない方は、英語面に記載をして下さい)

B. A以外の理由による海外渡航の場合

- ①現地の医療機関に支払った領収書
- ②診療内容明細書(様式A)
- ③領収明細書(様式B)
- ④様式A及び様式B 翻訳書
(様式A及び様式Bが外国語で作成されている場合)
- ⑤旅券・航空券その他海外に渡航した事実が確認できる書類(写し)
- ⑥調査に関わる同意書
(日本語面への記載ができない方は、英語面に記載をして下さい)

※月をまたがって受診した場合、診療内容明細書及び領収明細書はそれぞれ医療機関別、入院・入院外別でひと月ごとに1枚作成してもらって下さい。

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.
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, one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Form A
様式 A

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 preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other page of this form).
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号(別頁参照) (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
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 :Fill in Form B
診療実費 様式B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

※ この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文
(翻訳者の氏名、住所等を記載したものを)添付して下さい。

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.
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, one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を記載して下さい。

Itemized Receipt 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 料	\$	
(5) Hospitalization	入 院 費	\$	
(6) Consultation	診 察 費	\$	
(7) Operation	手 術 費	\$	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師 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 の 事 項)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合 計	\$	

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

Address : Home 自宅 Phone

住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date : Signature
日付 署名

様式A及び様式B 翻訳書

様式 A 邦訳

2. 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

様式 B 邦訳

(15)その他(特記のこと)

翻訳者

住所

氏名

Ⓜ

電話

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

社会保険表章用国際疾病分類表

I	Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0102	Tuberculosis 結核	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0107	Mycoses 真菌症	0603	Epilepsy てんかん
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
		0606	Others その他の神経系の疾患
II	Neoplasms 新生物	VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0701	Conjunctivitis 結膜炎
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0702	Cataract 白内障
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0801	Otitis externa 外耳炎
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0803	Otitis media 中耳炎
0209	Leukaemia 白血病	0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0805	Disorders of vestibular function メニエール病
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
		0807	Other disorders of ear その他の耳疾患
III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0301	Anaemias 貧血	0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患
0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患	0903	Other forms of heart disease その他の心疾患
0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害	0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0402	Diabetes mellitus 糖尿病	0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の認知症	0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0910	Haemorrhoids 痔核
		0911	Hypotension 低血圧(症)
		0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患

X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患	1310	Other diseases of skeletal muscles and connective tissues その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)		
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎	X IV	Diseases of the genitourinary system 腎尿路性生殖器系の疾患
1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1004	Pneumonia 肺炎	1402	Renal failure 腎不全
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1404	Other diseases of urinary system その他の腎尿路系の疾患
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大(症)
1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎	1406	Other diseases of male genital organs その他の男性生殖器の疾患
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患	1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害
1010	Asthma 喘息	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患	X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1501	Pregnancy with abortive outcome 流産
1101	Dental caries う蝕	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠高血圧症候群
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患	*1503	Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	X VII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1109	Other disorders of liver その他の肝疾患	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	X VIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 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
1111	Diseases of pancreas 膵疾患	1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 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
1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	X IX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	1901	Fracture 骨折
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1904	Poisoning 中毒
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害		
1302	Arthrosis 関節症		
1303	Spondylopathies 脊椎障害(脊椎症を含む)		
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害		
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群		
1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛		
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害		
1308	Shoulder lesions 肩の傷害(損傷)		
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害		
			Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance. 1503番(*印)は健康保険は適用されません。

日本語

Japanese version

調査に関わる同意書

1. 治療開始日 _____年____月____日

2. 患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____年____月____日

3. 阪急阪神健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、阪急阪神健康保険組合の職員又は阪急阪神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、パスポートを阪急阪神健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

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。

4. (氏名) _____印

(住所) _____

(日付) _____年____月____日

5. (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3ヵ月間です。

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。

※こちらの面に必要事項を記載いただいた場合、裏面（英語版）は記載不要です。

Agreement of Authorization

1. Starting date of medication Year_____Month_____Day_____

2. Patient

(Name of patient) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year_____Month_____Day_____

3. To: Hankyuhanshin health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Hankyuhanshin 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.

Signature

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.

4. (Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____Month_____Day_____

5. (Relation to the insured) : Self · Guardian · Heir · Other

* This agreement of authorization expires 3month after the signed date.

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.