

支払った費用のすべてが給付の対象になるとは限りません。

※治療内容のレベルや治療費は国ごとに異なるため、海外の病院で発行された診療内容明細書と領収明細書に基づいて国内の健康保険で定められた治療費を基準に算定した額が給付の対象となります。

※日本国内で保険適用となっていない療養は給付の対象になりません。

※療養の目的で海外に向き、療養を受けた場合は支給の対象になりません。

必要書類	以下に注意し、漏れの無いようお願いします。
① 海外療養費支給申請書(原本)	自筆の場合のみ押印可能
② 診療内容明細書兼領収明細書(原本)(※1)	表画(1枚目): 受診した医療機関に提出し、記入してもらうこと ・症状に合わせた治療内容や材料等が明確に記載されていること ・治療費が明確に記載されていること 裏画(2枚目): 表画(1枚目)の判読を記入する ・邦訳・邦訳者の情報が明確に記載されていること
③ 領収書(原本)	診療内容明細書兼領収明細書で支給の対象となる治療にかかった治療費を申請者が支払った確認ができる事 ・診療内容明細書兼領収明細書の金額と領収証の金額に差がある場合は、台紙の記入欄に内容を記入
④ パスポート(写)	治療を受けた方が治療を受けた日に治療を受けた国にいたことを確認できると ・次のa及びb～dのスタンプがあるページの写し a 治療を受けた方の顔写真 b 治療を受けた日の直前の日本出国 c 治療を受けた国への入国 d 治療後帰国の場合は、日本入国 ・自動ゲートを通った場合でもスタンプを押してもらうこと ・出向先と治療を受けた国が同じ場合は、会社発行の勤続証明書でも可(出向期間、出向先明記)
⑤ 同意書(原本)(※2)	海外の医療機関に対して療養内容の照会を行うためのもの

(※1) 健保指定様式以外で提出の場合は、健保様式と同じ内容が含まれていること、以下の確認点を確認することが必要です。
(※2) 照会が必要と健保が判断した場合のみ、後日依頼いたします。

【歯科用】

	確認点
A	治療の内容が本人の申請と合っているか
B	保険適用内の治療か否か ・治療に使われた材料が保険適用内のか否か
C	治療に対する治療費が記入されているか ・合計額があっているか
D	医師が外国語で記入したものが、すべて和訳されているか
E	和訳者の情報(※和訳した内容について確認する場合は有る為)
F	診療を受けた分の領収証が全てあるかどうか ・合計金額が治療費の合計とあっているか
G	CとFの金額に差がある場合は、差額の理由
H	病院名・医師名・診療科目等により治療内容と領収証の繋がりを確認
I	・受診した日に現地にいたかどうか ・日本出国・現地到着・帰国した方は日本入国の年月日のわかるスタンプの写しがあるかどうか ※eゲートを通った場合でもスタンプは受けられます。 ※治療を受けた国と出向先が同じ場合はのみ会社発行の「勤続証明」で代用が可能です。

① 海外療養費支給申請書 (健保様式)

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書 (健保様式) 被保険者(申請者)記入用

※各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要ですが、

被保険者証の 記号 1 2 * * * 番号 * * * * * *

事業所 会社名称 ○○○○株式会社 所属部署 ○○工場 ○○部

氏名・印 健保 太郎

生年月日 昭和 42年 11月 12日 電話番号 (日本国内番線) 042 (* * *) * * * *

住所 (〒 191 - * * * *) 東京都 目黒区 日野市 ○○1-1 △△マンション 01

1 受診者 被保険者 家族(被扶養者)

2 傷病名 虫歯 3 傷病または発症年月日 2年 5月 3日

4 発病の原因および経過 病状 発病時の原因 突然、歯が痛み出した

5 診療を受けた医療機関等の 名称 所在地 診療した医師等の氏名
H タイ HANAKO DENTAL CLINIC 10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon 健康 花子

6 診療を受けた期間 F 診療年月 平成 2年 5月 初診日 平成 2年 5月 3日 診療日数 3 日
診療種別 Outpatient or home visit 入院外 Hospitalization 入院
診療日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

7 療費に要した費用の額 C 14400 (THB) 療費に記入されている金額を記入してください。(例: USD)

8 診療内容 A・B C レントゲンをとり、神経抜いて歯を削り、シリコン埋めをした。
1. 受診時、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。
 はい いいえ

9 受診者の情報 I 2. 渡航期間 () 年 () 月 () 日 ~ () 年 () 月 () 日
3. 渡航目的または海外滞在の理由 () (理由を記入してください)

1 在籍者の方 2 任意継続の方 3 資格喪失者の方

日野自動車健康保険組合

② 診療内容明細書兼領収明細書 (歯科) 表面 (健保様式)

Request to Attending Physician 担当医へのお願 (Form B)

1. Please fill in this form so that patient may claim the social insurance benefit. この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要です。証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医師が記入し、かつ署名して下さい。

3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。

4. Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. payment for a luxurious room charge. 高級室料等、治療に直接関係しないものを除外して下さい。

Attending Physician's Statement & Itemized Receipt 診療内容明細書兼領収明細書(歯科)

Name of Patient 患者名 THAO, KEIHO Date of Birth 生年月日 12/11/1967 Sex 性別 M 男 F 女

Office Visit 初診日 3/15/2020 Month of Services 診療月 5 Days of Services 診療日数 5 days

Type of Treatment Outpatient or home visit 入院外 Hospitalization 入院

Day of Services 診療日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Localization of Tooth 部位 R 7 6 5 2 1 L 2 3 4 5 6 7 8 R E D C B A A B C D E L E D C B A A B C D E

Name of Illness 疾病名 1. Dental Caries 2. Missing Tooth 3. Periodontal Diseases 4. The Others ()

Dental Treatment 歯科治療	Medical treatment contents 医療治療内容	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit 初診料	<input checked="" type="checkbox"/> A		200
Examination 診察	<input checked="" type="checkbox"/> A		600
X - Ray Examination X線検査	<input checked="" type="checkbox"/> A		600
Dental Pulp Extirpation 抜髄	<input checked="" type="checkbox"/> A		9000
Operation 手術	<input type="checkbox"/>		
Extraction 抜歯	<input type="checkbox"/>		
Prophylaxis / Scaling 歯石/除去	<input type="checkbox"/>		
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置	<input type="checkbox"/>		
Medicine 投薬	<input type="checkbox"/>		
Filling 充填	<input checked="" type="checkbox"/> B	Composite resin 2000	
Inlay インレー	<input checked="" type="checkbox"/> B	Palladium 2000	
Onlay アンレー	<input type="checkbox"/>		
Metal Crown 金属冠	<input type="checkbox"/>		
Post Crown 挿替冠	<input type="checkbox"/>		
Jacket Crown ジャケット冠	<input type="checkbox"/>		
Bridge Work ブリッジ	<input type="checkbox"/>		
Partial Denture 局部義歯	<input type="checkbox"/>		
Complete Denture 総義歯	<input type="checkbox"/>		
The Others その他	<input type="checkbox"/>		

H If not in dollars, please specify the unit used. Unit is Baht Total Fee 14400

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医館の名称及び所在地
10 ซ. สุขุมวิท 100 แขวงคลองตันเหนือเขตวัฒนา สำนักงานเขตคลองเตย

Date 年月日 22/12/2020 Signature 署名 อานาโกะปร กั้นสุขภาพ Reference Number of your Medical Record (if applicable) 記録簿の番号 12345678

② 診療内容明細書兼領収明細書 (歯科) 裏面 (健保様式)

邦訳 (Form B)

申請者の方へ 1. 医師の記入がある場合は必ず和訳をつけて下さい。
2. 治療に使用した材料の未記入がないか確認下さい。
3. 使用した材料は具体的などのようなものが訳して下さい。

Name of Illness 疾病名 1. Dental Caries 2. Missing Tooth 3. Periodontal Diseases 4. The Others ()

Dental Treatment 歯科治療	Medical treatment contents 医療治療内容	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit 初診料	<input checked="" type="checkbox"/>		200
Examination 診察	<input checked="" type="checkbox"/>		600
X - Ray Examination X線検査	<input checked="" type="checkbox"/>		600
Dental Pulp Extirpation 抜髄	<input checked="" type="checkbox"/>		9000
Operation 手術	<input type="checkbox"/>		
Extraction 抜歯	<input type="checkbox"/>		
Prophylaxis / Scaling 歯石/除去	<input type="checkbox"/>		
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置	<input type="checkbox"/>		
Medicine 投薬	<input type="checkbox"/>		
Filling 充填	<input checked="" type="checkbox"/> D	コンポジットレジン 2000	
Inlay インレー	<input checked="" type="checkbox"/> D	パラジウム 2000	
Onlay アンレー	<input type="checkbox"/>		
Metal Crown 金属冠	<input type="checkbox"/>		
Post Crown 挿替冠	<input type="checkbox"/>		
Jacket Crown ジャケット冠	<input type="checkbox"/>		
Bridge Work ブリッジ	<input type="checkbox"/>		
Partial Denture 局部義歯	<input type="checkbox"/>		
Complete Denture 総義歯	<input type="checkbox"/>		
The Others その他	<input type="checkbox"/>		

If not in dollars, please specify the unit used. Unit is Baht Total Fee 14400

E 翻訳者記入欄
名前 組合 次郎
住所 10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon
電話 +(66)0123456789

③ 領収証 台紙 (健保様式)

Form B

(領収書原本貼付用)

10 ฿ สรุปลำ 100 บาทรวมของใบเสร็จรับเงิน
รวมใบรวมของใบเสร็จรับเงิน

RECEIPT

NAME: **TARO.KEMPO** DATE: **23/5/2020**
Reference Number: **RE345678**

Description	Amount
Initial Office Visit	800
Examination	800
X-Ray Examination	800
Dental X-Ray Examination	8000
Filling	8000
REMOVE TRL-My	800
total	800
TOTAL	2300

RECEIVED SIZU chinn
Doctor Licence NO. Cashier
ขอบคุณมาก • Thank You Very Much • ありがとうございます

10 ฿ สรุปลำ 100 บาทรวมของใบเสร็จรับเงิน
รวมใบรวมของใบเสร็จรับเงิน

RECEIPT

NAME: **TARO.KEMPO** DATE: **13/5/2020**
Reference Number: **RE345678**

Description	Amount
Initial Office Visit	800
Examination	800
X-Ray Examination	800
Dental X-Ray Examination	7000
Filling	8000
REMOVE TRL-My	8000
TOTAL	9600

RECEIVED SIZU chinn
Doctor Licence NO. Cashier
ขอบคุณมาก • Thank You Very Much • ありがとうございます

10 ฿ สรุปลำ 100 บาทรวมของใบเสร็จรับเงิน
รวมใบรวมของใบเสร็จรับเงิน

RECEIPT

NAME: **TARO.KEMPO** DATE: **3/5/2020**
Reference Number: **RE345678**

Description	Amount
Initial Office Visit	800
Examination	800
X-Ray Examination	800
Dental X-Ray Examination	8000
Filling	8000
REMOVE TRL-My	8000
TOTAL	2600

RECEIVED SIZU chinn
Doctor Licence NO. Cashier
ขอบคุณมาก • Thank You Very Much • ありがとうございます

診療内容明細書と領収証の合計金額が異なる場合、その理由と金額をご記入下さい。

	合計金額	差額	理由
診療内容明細書	14400	100	医者おススメの歯ブラシを贈
領収証	14500		
差額	-100		

CFF G

④ パスポート (写) 台紙 (健保様式)

Form B

(パスポート写貼付用)



欄

* 診療を受けた期間に診療を受けた現地にいたことがわかる
日本出国スタンプと現地到着スタンプ(日本に帰国している場合は入国日)にO印をし
以下に出国・入国年月日をご記入下さい。

日本出国日	現地到着日	日本入国日
2020/3/1	2020/3/1	/ /