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た治療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出向き、療養を受けた場合は支給の対象になりません。

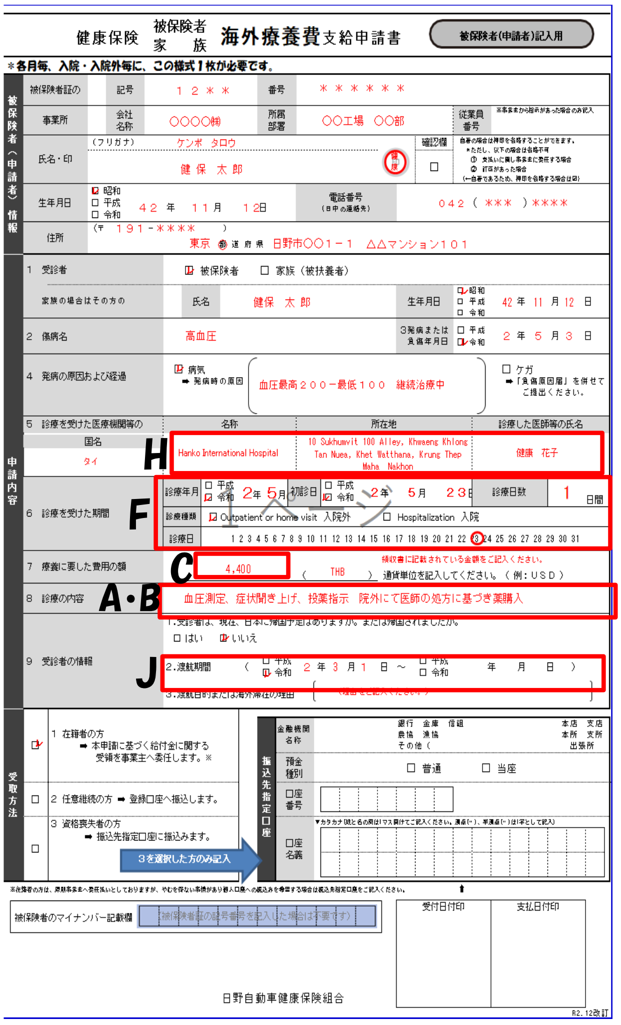
	必要書類	以下に注意し、漏れの無いようにお願いいたします。
①	海外療養費支給申請書（原本）	・自筆の場合のみ押印省略可
②	診療内容明細書兼 領収明細書（原本）(*1) 医科 歯科	**表面（1枚目）：受診した医療機関に提出し、記入してもらうこと** ・症状に合わせた治療内容や材料等が明確に記載されていること ・治療費が明確に記載されていること **裏面（2枚目）：表面（1枚目）の邦訳を記入する** ・邦訳・邦訳者の情報が明確に記載されていること
③	領収書（原本）	・診療内容明細書兼領収明細書で支給の対象となる治療にかかった治療費を申請者が支払った確認ができる事 ・診療内容明細書兼領収明細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こと** ・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治療後帰国済の場合は、日本入国 ・自動化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、会社発行の勤務証明でも可（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できることが必要です。
(*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。

【医科用】

	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　・症状に適切な治療内容かどうか
C	・治療に対しての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が有る為）
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・診療録番号等により治療内容と領収証の繋がりを確認
I	・診療内容明細書にて医師の指示があった検査、投薬等に金額がはいらないケース （別機関にて検査・薬購入等を実施し、その機関に支払いをした場合など）は別途領収証が必要。 ・領収証は、支払内容・金額・支払者（被保険者）氏名・支払日がわかるものであることが必要。
J	・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ゲートを通過し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のみ会社発行の「勤務証明」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 家族　**海外療養費**支給申請書　**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。

被保険者（申請者）情報

被保険者証の	記号　１２＊＊	番号	＊＊＊＊＊＊
事業所	会社名称　○○○○㈱	所属部署　○○工場　○○部	従業員番号 ※事業主から指示があった場合のみ記入
氏名・印	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	確認欄 □	自署の場合は押印を省略することができます。 ＊ただし、以下の場合は省略不可 ① 支払いに関し事業主に委任する場合 ② 訂正があった場合 （←自署であるため、押印を省略する場合は☑）
生年月日	☑ 昭和 □ 平成 □ 令和　４２年　１１月　１２日	電話番号（日中の連絡先）	０４２（＊＊＊）＊＊＊＊
住所	（〒 １９１－＊＊＊＊） 東京 都 道 府 県　日野市○○１－１　△△マンション１０１		

申請内容

1　受診者　☑ 被保険者　□ 家族（被扶養者）
家族の場合はその方の　氏名　健保　太郎　生年月日　☑ 昭和 □ 平成 □ 令和　42年 11月 12日

2　傷病名　高血圧　3発病または負傷年月日　□ 平成 ☑ 令和　２年 ５月 ３日

4　発病の原因および経過　☑ 病気 ➡ 発病時の原因（血圧最高２００－最低１００　継続治療中）　□ ケガ ➡「負傷原因届」を併せてご提出ください。

5　診療を受けた医療機関等の

国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
タイ	Hanko International Hospital	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
診療年月　□ 平成 ☑ 令和　2年 5月　初診日　□ 平成 ☑ 令和　２年 ５月 ２３日　診療日数　1日間
診療種類　☑ 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　療養に要した費用の額　4,400（THB）　領収書に記載されている金額をご記入ください。　通貨単位を記入してください。（例：ＵＳＤ）

8　診療の内容　血圧測定、症状聞き上げ、投薬指示　院外にて医師の処方に基づき薬購入

9　受診者の情報
1.受診者は、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
2.渡航期間（□ 平成 ☑ 令和　２年 ３月 １日 ～ □ 平成 □ 令和　年　月　日）
3.渡航日時または海外滞在の理由（理由をご記入ください。）

受取方法
☑ 1　在籍者の方 ➡ 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任します。※
□ 2　任意継続の方 ➡ 登録口座へ振込します。
□ 3　資格喪失者の方 ➡ 振込先指定口座に振込みます。
３を選択した方のみ記入

振込先指定口座
金融機関名称　銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）　本店 支店 本所 支所 出張所
預金種別　□ 普通　□ 当座
口座番号
口座名義　▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ﾞ)、半濁点(ﾟ)は1字として記入）

※在籍者の方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は振込先指定口座をご記入ください。

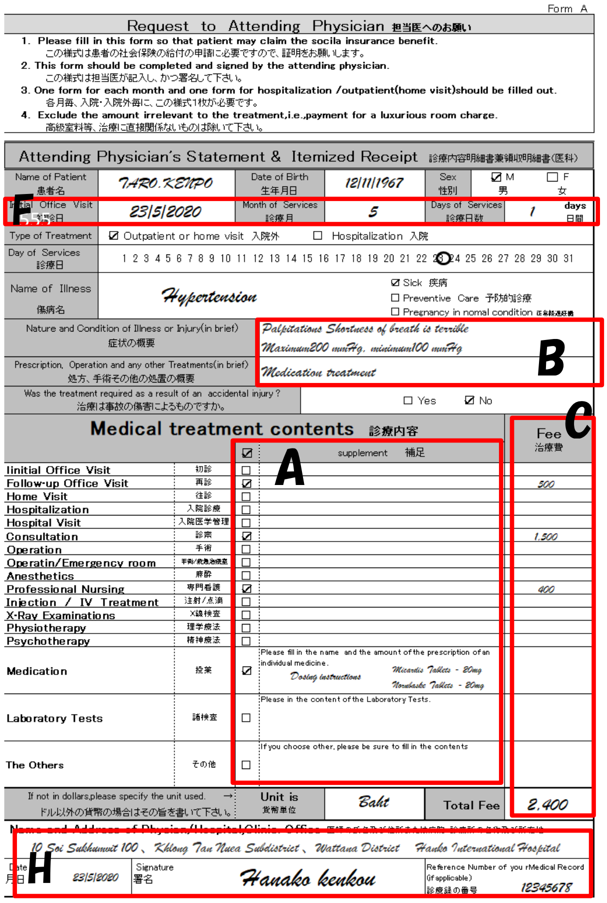
被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

受付日付印　支払日付印

日野自動車健康保険組合

R2. 12改訂

② 診療内容明細書兼領収明細書（医科）表面（健保様式）



Form A

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that patient may claim the socila 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ので、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、治療に直接関係ないものは除いて下さい。

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

Name of Patient 患者名	TARO.KENPO	Date of Birth 生年月日	12/11/1967	Sex 性別	☑ M 男　□ F 女
Initial Office Visit 初診日	23/5/2020	Month of Services 診療月	5	Days of Services 診療日数	1 days 日間

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
Name of Illness 傷病名　Hypertension　☑ Sick 疾病　□ Preventive Care 予防的診療　□ Pregnancy in nomal condition 正常妊娠
Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要　Palpitations Shortness of breath is terrible Maximum200 mmHg, minimum100 mmHg
Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要　Medication treatment
Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。　□ Yes　☑ No

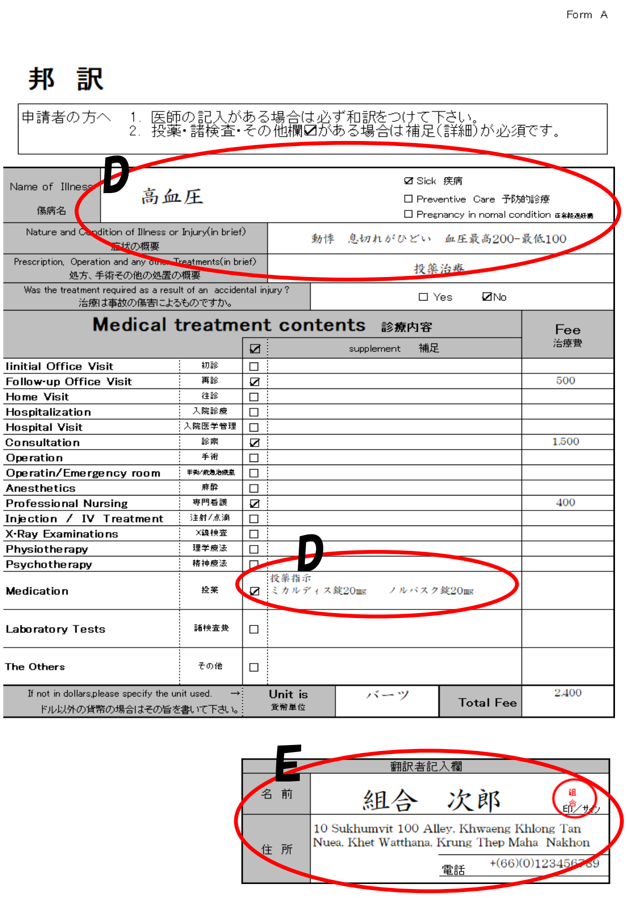
Medical treatment contents 診療内容

		☑	supplement 補足	Fee 治療費
Iinitial Office Visit	初診	☐		
Follow-up Office Visit	再診	☑		500
Home Visit	往診	☐		
Hospitalization	入院診療	☐		
Hospital Visit	入院医学管理	☐		
Consultation	診察	☑		1,500
Operation	手術	☐		
Operatin/Emergency room	手術/救急治療室	☐		
Anesthetics	麻酔	☐		
Professional Nursing	専門看護	☑		400
Injection / IV Treatment	注射/点滴	☐		
X-Ray Examinations	X線検査	☐		
Physiotherapy	理学療法	☐		
Psychotherapy	精神療法	☐		
Medication	投薬	☑	Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. Dosing instructions　Micardis Tablets - 20mg Norvasc Tablets - 20mg	
Laboratory Tests	諸検査	☐	Please in the content of the Laboratory Tests.	
The Others	その他	☐	If you choose other, please be sure to fill in the contents	
If not in dollars,please specify the unit used. → ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。	Unit is 貨幣単位	Baht	Total Fee	2,400

Name and Address of Physian/Hospital/Clinic Office 医師の氏名及び住所または病院・診療所の名称及び所在地
10 Soi Sukhumvit 100、Khlong Tan Nuea Subdistrict、Wattana District　Hanko International Hospital

Date 月日　23/5/2020　Signature 署名　Hanako kenkou　Reference Number of you rMedical Record (if applicable) 診療録の番号　12345678

② 診療内容明細書兼領収明細書（医科）裏面（健保様式）



Form A

邦　訳

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. 投薬・諸検査・その他欄☑がある場合は補足(詳細)が必須です。

Name of Illness 傷病名　高血圧　☑ Sick 疾病　□ Preventive Care 予防的診療　□ Pregnancy in nomal condition 正常妊娠
Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要　動悸　息切れがひどい　血圧最高200−最低100
Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要　投薬治療
Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。　□ Yes　☑ No

Medical treatment contents 診療内容

		☑	supplement 補足	Fee 治療費
Iinitial Office Visit	初診	☐		
Follow-up Office Visit	再診	☑		500
Home Visit	往診	☐		
Hospitalization	入院診療	☐		
Hospital Visit	入院医学管理	☐		
Consultation	診察	☑		1.500
Operation	手術	☐		
Operatin/Emergency room	手術/救急治療室	☐		
Anesthetics	麻酔	☐		
Professional Nursing	専門看護	☑		400
Injection / IV Treatment	注射/点滴	☐		
X-Ray Examinations	X線検査	☐		
Physiotherapy	理学療法	☐		
Psychotherapy	精神療法	☐		
Medication	投薬	☑	投薬指示 ミカルディス錠20㎎　ノルバスク錠20㎎	
Laboratory Tests	諸検査費	☐		
The Others	その他	☐		
If not in dollars,please specify the unit used. → ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。	Unit is 貨幣単位	バーツ	Total Fee	2.400

翻訳者記入欄

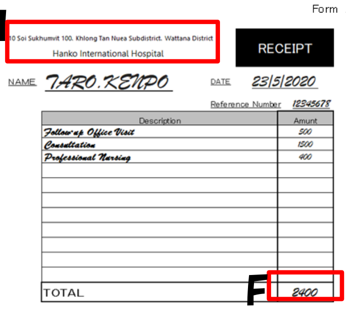
名前　組合　次郎　組合　印／サイン
住所　10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon
電話　+(66)(0)123456789

③ 領収証 台紙（健保様式）

Form A

（領収書原本貼付用）

H



10 Soi Sukhumvit 100. Khlong Tan Nuea Subdistrict. Wattana District
Hanko International Hospital

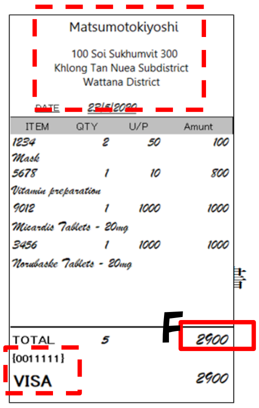
RECEIPT

NAME *TARO.KENPO* DATE *23/5/2020*

Reference Number *12345678*

Description	Amunt
Follow-up Office Visit	*500*
Consultation	*1500*
Professional Nursing	*400*
TOTAL	*2400*

F



Matsumotokiyoshi

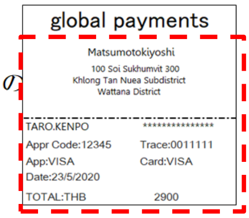
100 Soi Sukhumvit 300
Khlong Tan Nuea Subdistrict
Wattana District

DATE *23/5/2020*

ITEM	QTY	U/P	Amunt
1234	*2*	*50*	*100*
Mask			
5678	*1*	*10*	*800*
Vitamin preparation			
9012	*1*	*1000*	*1000*
Micardis Tablets - 20mg			
3456	*1*	*1000*	*1000*
Norubaske Tablets - 20mg			
TOTAL	*5*		*2900*
{0011111}			
VISA			*2900*

F

書 の



global payments

Matsumotokiyoshi

100 Soi Sukhumvit 300
Khlong Tan Nuea Subdistrict
Wattana District

TARO.KENPO ***************
Appr Code:12345 Trace:0011111
App:VISA Card:VISA
Date:23/5/2020
TOTAL:THB 2900

I

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
診療内容明細書	2,400
領収証	5,300
差額	2,900

C
F
G

差額のうち

▼診療内容明細書記載の医師の指導・処方に基づく金額
⇒Aに記入し
療養に要した金額に加算
▼上記以外のものはBに記入

	金額	理由 *療養に要した費用の場合は和訳も必要
A	1000	ミカルディス錠20㎎（高血圧症の薬）
	1000	ノルバスク錠20㎎（高血圧の薬）
	2000	←A合計
B	100	マスク購入
	800	ビタミン剤購入
	900	←B合計
	2900	←A+Bの金額合計が差額と一致するか確認下さい。

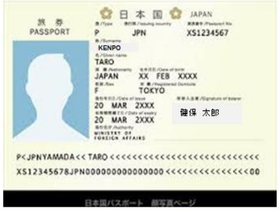
C

---

④ パスポート（写） 台紙（健保様式）

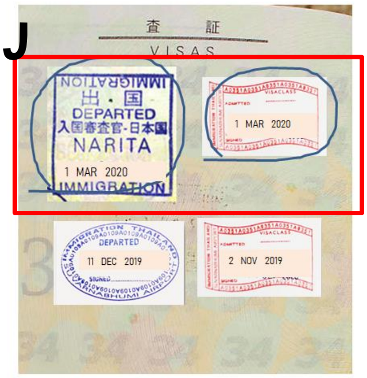
Form A

（パスポート写貼付用）



旅 券
PASSPORT
日 本 国 JAPAN
P JPN XS1234567
KENPO
TARO
JAPAN XX FEB XXXX
F TOKYO
20 MAR 2XXX
20 MAR 2XXX
MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS
健保 太郎
P<JPNYAMADA<<TARO<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
XS12345678JPN0000000000000000<<<<<<<<<<<<<<<<00
日本国パスポート 顔写真ページ

J


査 証
VISAS
IMMIGRATION
出 · 国
DEPARTED
入国審査官-日本国
NARITA
1 MAR 2020
IMMIGRATION
VISACLASS
ADMITTED
1 MAR 2020
SIGNED
IMMIGRATION THAILAND
DEPARTED
11 DEC 2019
SIGNED
SUVARNABHUMI AIRPORT
VISACLASS
ADMITTED
2 NOV 2019
SIGNED

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）に〇印をし
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	/ /