

海外療養費請求について

海外療養費制度は、海外旅行中や海外赴任中に急な病気や怪我などによりやむを得ず現地の医療機関で診察等を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けられる制度です。

給付の範囲

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。そのため、美容整形やインプラントなど日本国内で保険適用となっていない医療行為や薬が使用された場合は、給付の対象になりません。

支給金額

日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低い時はその額）から、自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なくなることがあります。

外貨で支払われた医療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算して支給金額を算出します。

手続きに必要な書類

医科の場合	歯科の場合
療養費支給申請書 診療内容明細書（様式 A）とその日本語訳 領収明細書（様式 B）とその日本語訳 現地で支払った領収書の原本 渡航期間がわかるパスポート等の写し ○海外での療養行為の調査に関わる同意書	療養費支給申請書 歯科診療内容明細書（様式 C）とその日本語訳 領収明細書（様式 B）とその日本語訳 現地で支払った領収書の原本 渡航期間がわかるパスポート等の写し ○海外での療養行為の調査に関わる同意書

様式 A～C および同意書の記載について

- ・様式 A～C は、審査を行うに当たりとても重要な書類のため、証明して頂く海外の医療機関にはできるだけ詳細に証明して頂くようお願いしてください。特に、様式 A の傷病名や疾病分類番号、様式 B の通貨単位は必ず記載してください。
- ・様式 A～C は、1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関での証明が必要です。
- ・様式 A～C は、それぞれ必ず日本語訳を添付して頂き、翻訳者の住所氏名を記入し押印をしてください。
- ・様式 A～C は、同様の項目・内容が記載されていれば、独自に作成した様式をご使用されても構いませんが、日本語訳は必ず添付が必要です。
- ・同意書については、治療を受けた本人にご記入いただきます。治療を受けたのが、被保険者本人および成人の被扶養者については「同意書 A」に、被扶養者が未成年の場合は「同意書 B」にご記入ください。

注意事項

- ・海外で治療費の支払いをした翌日から2年を経過すると、時効により申請できなくなります。
- ・海外療養費の審査には、被保険者や医療機関等に照会することがありますので、時間がかかる場合があります。

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No.)
3. Date of first Diagnosis
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 days
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Outpatient or Home Visit / / . / /
入院外 / / . / /
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。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
 Office(病院または診療所) 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

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険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

翻訳者

住所

氏名



電話

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

Form B

様式B

(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	_____

	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

(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 \$	_____
------------	---	------	-------

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話




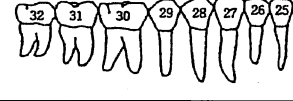
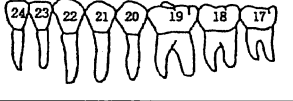



Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) (RIGHT)  1 2 3 4 5 6 7 8	 9 10 11 12 13 14 15 16 (LEFT)	 A B C D E
(Lower) (RIGHT)  32 31 30 29 28 27 26 25	 24 23 22 21 20 19 18 17 (LEFT)	 T S R Q P

Type of Treatment 治療の分類	Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
			MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料						
X-Ray Examination レントゲン検査						
Dental Pulp Extirpation 抜髄						
Operation 手術						
Extraction 抜歯						
Filling 充填						
Inlay インレー						
Metal Crown 金属冠						
Post Crown 継続歯						
Jacket Crown ジャケット冠						
Bridge Work ブリッジ						
Plate Denture 有床義歯						
Partial Denture 局部義歯						
Complete Denture 総義歯						
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置						
Medicine 投薬						
The Others その他						
Total 合計						

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

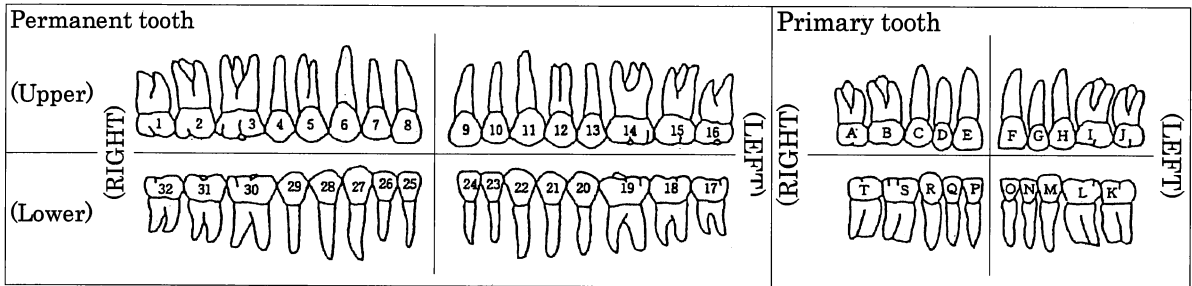
Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ 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 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
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					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長 殿

海外療養の調査に関する同意書

私は、海外療養費の支給決定する上において、日本レストランエンタプライズ健康保険組合または委託を受けた事業者が、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、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行ったものに照会を行い、当該者から照会に関する情報の提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長 殿

海外療養の調査に関する同意書

私は、海外療養費の支給決定する上において、日本レストランエンタプライズ健康保険組合または委託を受けた事業者が、私の被扶養者が受けた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、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行ったものに照会を行い、当該者から照会に関する情報の提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

住 所

被保険者氏名

(記号 番号)

被扶養者氏名