

海外用

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	③ 昭和・平成 年 月 日		
	④ 被保険者 (申請者) の住所	(〒 -)			TEL ()	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	⑤ 事業所の 名称				TEL ()	
	⑥ 受診者が家族 (被扶養者) の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	⑦ 傷病名				⑧ 工作中、通勤途中または 第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい
	⑨ 発病または 負傷の原因 及びその経過	(いつ) 令和 年 月 日	(どこで)	(何をしています)		
	⑩ 診療を受けた 医療機関等	名称			診療を担当した 医師氏名	
		国名	所在地			
	⑪ 診療を受けた 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	日間	診療 区分	入院・外来	
		入院の場合、 その入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	日間		
	⑫ 診療の内容				⑮ 診療に要した 費用の額	通貨単位 ()
	⑬ 渡航期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日				
	⑭ 海外で受診 した理由	※治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です。				

⑯ 振込希望口座	<input type="checkbox"/> マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)
	[金融機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]	[店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

⑰ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑯の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人	受取代理人 情報	代理人住所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	被保険者住所 (申請者)氏名		フリガナ	

・海外療養費の申請には必ず翻訳文を添付してください。

・記入方法および添付書類等については別紙の「海外療養費申請の際のご注意」を確認してください。

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

〔備考〕

<送付・問合せ先>

〒169-8516 東京都新宿区百人町2-27-6

関東ITソフトウェア健康保険組合

給付課 TEL 03-5925-5303

記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄関東ITソフトウェア健康保険組合
(令和6年12月改)

海外療養費申請の際のご注意

【記入上のご注意】

- ①記号・番号は被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。
- ⑥は家族（被扶養者）の療養による申請の場合のみ記入してください。
- ⑧が「はい」の場合で、傷病の原因が工作中または通勤途中によるもので、労災に該当するときはご申請いたしません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。申請前に当組合求償課までご連絡ください。
- ⑩は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。
※医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
- ⑯、⑰（振込希望口座等）について
 - 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は⑯のみ記入してください。
 - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑰の委任状が必要となります。
委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェック印を入れ、
【事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合】
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、⑯の記入は不要です。**【その他の受取代理人へ振込を希望する場合】**
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
 - ・⑯に受取代理人の口座を記入してください。

【注意事項】

- 海外滞在中の申請は、事業主を経由して、事業主の選定した保険給付金受領代理人の方などに委任してください。
（海外への送金、支給決定通知書の送付は行っておりません。）
- 海外での治療内容や医療費は国によって異なります。海外療養費の給付額は、診療内容明細書に基づき、国内で保険診療を受けた場合に準じて算定されます。一般的に海外の医療費は、日本国内の医療費より相当高額になるケースが多いため、実際の給付額は海外で負担した額の1割程度かまたはそれ以下になる場合もあります。
- 「治療を目的」として海外へ渡航し治療を受けた場合は、支給対象外となります。
- 日本国内で保険適用となっていない療養（治療）は、支給対象外となります。

【提出書類】

治療内容	添付書類
【医科の場合】	① 海外療養費支給申請書 ② 「診療内容明細書」(様式A)と 翻訳文 ③ 「領収明細書」(様式B)と 翻訳文 ④ 領収書原本(海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの) ⑤ パスポートもしくは航空券等の写し(氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類) ⑥ 同意書(海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書)
【歯科の場合】	① 海外療養費支給申請書 ② 「歯科診療内容明細書 兼 領収明細書」(様式C)と 翻訳文 ③ 領収書原本(海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの) ④ パスポートもしくは航空券等の写し(氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類) ⑤ 同意書(海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書)

※【医科の場合】②③と、【歯科の場合】②でご案内している様式A・B・Cは担当医から証明を受けてください。
担当医からの証明が日本語以外の場合は必ず内容の翻訳（翻訳者の住所、氏名が必要）をしてご提出ください。
※同一人が同一月に同一医療機関等（入院・外来・調剤 別）で支払った額ごとに申請してください。

＜問合せ先＞ 給付課TEL 03-5925-5303 / 求償課TEL 03-5925-5326

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

社会保険用国際疾病分類表

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性疾患	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0105	Viral hepatitis ウイルス性肝炎	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0106	Other viral diseases その他のウイルス性疾患	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
II	Neoplasms 新生物(腫瘍)	0606	Others その他の神経系の疾患
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物(腫瘍)	VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物(腫瘍)	0701	Conjunctivitis 結膜炎
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(腫瘍)	0702	Cataract 白内障
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物(腫瘍)	0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物(腫瘍)	0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物(腫瘍)	VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物(腫瘍)	0801	Otitis externa 外耳炎
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0209	Leukaemia 白血病	0803	Otitis media 中耳炎
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物(腫瘍)	0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物(腫瘍)	0805	Disorders of vestibular function メニエール病
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	0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
0301	Anaemias 貧血	0807	Other disorders of ear その他の耳疾患
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	IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患	0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患
0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害	0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0402	Diabetes mellitus 糖尿病	0903	Other forms of heart disease その他の心疾患
0403	Dyslipidemia 脂質異常症	0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0404	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の認知症	0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
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	0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
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	0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)
		0910	欠番
		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	1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] 〈感冒〉	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
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性咽頭炎及び急性扁桃炎	XIV	Diseases of the genitourinary system 腎尿路生殖器系の疾患
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 disease 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	XV	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
XI	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	XVI	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 length of gestation and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1106	Hemorrhoids 痔核	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1107	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	XVII	Congenital malformations, deformations and chromo-soma I abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1108	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎 (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	Liver cirrhosis 肝硬変 (アルコール性のものを除く)	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1110	Other disorders of liver その他の肝疾患	XVIII	Symptoms and signs, not elsewhere classified 症状、徴候等で他に分類されないもの
1111	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1800	Symptoms and signs, not elsewhere classified 症状、徴候等で他に分類されないもの
1112	Diseases of pancreas 膵疾患	XIX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1113	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患	1901	Fracture 骨折
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1904	Poisoning 中毒
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
XIII	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格及び結合組織の疾患		
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 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〉		
			Important: No. 1503 with asterisk is not covered by the social Insurance 1503番 (※印) は健康保険では適用されません

Form A

(様式A)

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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

1. Name of Patient (Last,First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 男 · 女
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	

4. 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. _____)
5. Type of Treatment	■ 治療の分類 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From _____ to _____ <input type="checkbox"/> 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?	■ 治療は事故の傷害によるものですか？ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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 (名前) Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Office Address (病院または診療所の住所) _____

Office (病院または診療所の名称) _____ Phone(電話) _____

Date (日付) _____ Attending Physician's Signature(担当医署名) _____

Reference Number of your Medical Record(if applicable) 診療録の番号 _____

■ 様式A (邦訳)

4. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号
(No.)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 記 入 欄	
氏名	
住所	
電話	

Form B

(様式B)

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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

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 _____

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

Office Address (病院または診療所の住所) _____

Office (病院または診療所の名称) _____ Phone(電話) _____

Date (日付) _____ Attending Physician's Signature(担当医署名) _____

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

11. 医薬費の内訳 (薬の名称、量)

15. 特記事項

翻 訳 者 記 入 欄	
氏 名	
住 所	
電 話	