

## 「海外療養費支給申請書」提出の際の注意事項

- ・被保険者（本人）または被扶養者（家族）が海外に在住中または旅行中に負傷、疾病にかかった場合の費用については、日本国内の保険診療の範囲内で払い戻しされます。
- ・「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。
- ・海外赴任者は事業主（海外担当）を経由してください。それ以外の方は、健康保険組合に提出してください。給付金は事業主を経由して支給となります。
- ・健康保険の給付を受ける権利は、2年で時効となります。時効の起算日は、医療機関等に費用の支払をした日の翌日となります。

### ●提出書類

①海外療養費支給申請書 ・受診者ごと、1カ月ごと、病院ごと、入院・外来別に申請書を作成してください。
②「診療内容明細書」（様式A）と翻訳文 ・担当医師に証明を受けてください。 ・受診者ごと、1か月ごと、病院ごと、入院・外来別に作成してください。 ・日本語への翻訳には訳者の住所・氏名を書いてください。訳者が本人の場合でも書いてください。
③「領収明細書」（様式B）と翻訳文 ・担当医師に証明を受けてください。 ・受診者ごと、1か月ごと、病院ごと、入院・外来別に作成してください。
④領収書原本 ・クレジットカードで支払の場合は、領収明細書のコピー
⑤調査に関わる同意書（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） ・受診者ごとに作成してください。
⑥受診者が海外赴任者および帯同者以外の場合 氏名及び渡航期間の確認ができる書類（パスポート等）の写し

### ●問い合わせ先

〒372-8502 群馬県伊勢崎市寿町20番地  
サンデン健康保険組合  
TEL：0270-24-1222 FAX：0270-21-2616

支給決議書	発議	令和 年 月 日	決議	令和 年 月 日	決 裁
	支給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日			
		日間	取得日	昭・平・令 年 月 日	
支給決定額				種 別	立替払

### 療養費支給申請書

### Claim for Payment of Medical Treatment Expenses (ryoyohi shikyu shinseisho)

被 保 険 者 ( 本 人 ) が 記 入 す る こ と を I t e m s t o b e f i l l e d i n b y i n s u r e d p e r s o n	被保険者証の記号番号 Code/number of Health Insurance Certificate	—		被保険者(本人)の氏名 Name of insured person		
	被保険者(本人)の住所・電話番号 Address of insured person	〒 Postal code				
	事業所の名称 Place of work Employer's name	TEL				
	療養が被扶養者に関するときは If this claim is based on the medical treatment received by any of your dependents:	被扶養者の氏名 Name of dependent	被扶養者の生年月日 Date of birth of dependent	被保険者との続柄 Relationship to insured person		
			年 月 日 Y M D			
	傷病名 Name of disease/injury				発病・負傷年月日 Date of onset of disease/injury	
					年 月 日 Y M D	
	発病・負傷原因(負傷の場合は、右面を記入) Cause of onset, Course of disease (If injury, fill in column on the right page.)				第三者の行為によるものですか? Was the disease/injury caused by an act of any third party?	
					<input type="checkbox"/> はいYes <input type="checkbox"/> いいえNo	
	診療を受けた病院等の Medical institution where insured person/dependent received treatment	名称 Name of institution				
		所在地 Address				
		診療した医師の氏名 Name of attending physician				
	診療または手当の期間 Period of treatment	入院・外来の区分 Type of treatment	入院の場合、左記の入院期間 If hospitalization, the period of hospitalization	診療に要した費用 The amount of expenses required for the treatment		
自 年 月 日 From Y M D	<input type="checkbox"/> 入院 Hospitalization <input type="checkbox"/> 外来 Outpatient or Home Visit	自 年 月 日 From Y M D	(外貨で記入)			
至 年 月 日 To Y M D		至 年 月 日 To Y M D				
診療の内容 Contents of medical treatment		療養の給付を受けることができなかった理由 Reason that the insured person/dependent needed to pay the full amount of expenses for the treatment provided at the institution				
本申請書に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 I hereby entrust receipt of the benefits based on this claim to the entrepreneur. 被保険者(本人)の氏名 Signature of insured person _____						

《添付書類》 Accompanying documents

H31.4 改

1. 領収書(支払額が記入されているもの) receipt(The amount of payment is filled in)

Form A

様式 A

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 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.  
1月ごと、入院・入院外ごとにつき、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)      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 the number of International Classification of Diseases for the use of Social 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(付録参照) \_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
3. Date of first Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_
4. Day of Diagnosis and Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days 日間
5. Type of Treatment 治療の分類  
 Hospitalization      from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院      自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)  
 Outpatient or Home Visit      from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院外      自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)
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 : Please fill in Form B  
項目別治療実費      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) \_\_\_\_\_  
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) \_\_\_\_\_ 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. 傷病名及び社会保険用疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

【翻訳者記入欄】

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

Form B

様式 B

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

## 担当医又は病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the 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ので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
- 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ください。

## 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	職業看護婦費	\$
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(項目明記)	
			\$
			\$
			\$
			\$
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 : 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 名前 Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 医療録の番号 \_\_\_\_\_

■様式B(邦訳)

15. Others (Specify) その他

【翻訳者記入欄】

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
社会健康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

0101 Intestinal infectious diseases

腸管感染症

0102 Tuberculosis

結核

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

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

0105 Viral hepatitis

ウイルス肝炎

0106 Other viral diseases

その他のウイルス疾患

0107 Mycoses

真菌症

0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases

感染症及び寄生虫症の続発・後遺症

0109 Others

その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms

新生物

0201 Malignant neoplasm of stomach

胃の悪性新生物

0202 Malignant neoplasm of colon

結腸の悪性新生物

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

0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts

肝及び肝内胆管の悪性新生物

0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung

気管、気管支及び肺の悪性新生物

0206 Malignant neoplasm of breast

乳房の悪性新生物

0207 Malignant neoplasm of uterus

子宮の悪性新生物

0208 Malignant lymphoma

悪性リンパ腫

0209 Leukemia

白血病

0210 Other malignant neoplasms

その他の悪性新生物

0211 Others

良性新生物及びその他の新生物

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傷害

0301 Anemia

貧血

0302 Others

その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders

内分泌、栄養及び代謝疾患

0401 Disorders of thyroid gland

甲状腺障害

0402 Diabetes mellitus

糖尿病

0403 Others

その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V Mental and behavioural disorders

精神及び行動の障害

0501 Vascular dementia and unspecified dementia

血管性及び詳細不明の痴呆

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

0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害

0504 Mood [affective] disorders

気分[感情]障害(躁うつ病を含む)

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

0506 Mental retardation

精神遅滞

0507 Others

その他の精神及び行動の障害

VI Diseases of the nervous system

神経系の疾患

0601 Parkinson's disease

パーキンソン病

0602 Alzheimer's disease

アルツハイマー病

0603 Epilepsy

てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes

脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

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

VII Diseases of the eye and adnexa

眼及び付属器の疾患

0701 Conjunctivitis

結膜炎

0702 Cataract

白内障

0703 Disorders of refraction and accommodation

屈折及び調節の障害

0704 Others

その他の眼及び付属器の疾患

VIII Diseases of the ear and mastoid process

耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa

外耳炎

0802 Other disorders of external ear

その他の外耳疾患

0803 Otitis media

中耳炎

0804 Other diseases of middle ear and mastoid

その他の中耳及び乳様突起の疾患

0805 Disorders of vestibular function

メニエール病

0806 Other diseases of inner ear

その他の内耳疾患

0807 Others

その他の耳疾患

IX Diseases of the circulatory system

循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases

高血圧性疾患

0902 Ischaemic heart diseases

虚血性心疾患

0903 Other forms of heart disease

その他の心疾患

0904 Subarachnoid hemorrhage

くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage

脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries

脳梗塞

0907 Cerebral atherosclerosis

脳動脈硬化(症)

0908 Other cerebrovascular diseases

その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis

動脈硬化(症)

0910 Hemorrhoids

痔核

0911 Hypotension

低血圧症

0912 Others

その他の循環器系の疾患

X Diseases of the respiratory system

呼吸器系の疾患

1001 Acute nasopharyngitis [common cold]

急性鼻咽頭炎 [かぜ]

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis

急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎

1003 Other acute upper respiratory infections

その他の急性上気道感染症

1004 Pneumonia

肺炎

1005 Acute bronchitis and bronchiolitis

急性気管支炎及び急性細気管支炎

1006 Allergic rhinitis

アレルギー性鼻炎

1007 Chronic sinusitis

慢性副鼻腔炎

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

1009 Chronic obstructive pulmonary diseases

慢性閉塞性肺疾患

1010 Asthma

喘息

1011 Others

その他の呼吸器系の疾患

X I Diseases of the digestive system

消化器系の疾患

1101 Dental caries

う蝕

1102 Gingivitis and periodontal disease

歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other diseases of teeth and supporting structures

その他の歯及び歯の支持機構

1104 Gastric and duodenal ulcer

胃潰瘍及び十二指腸潰瘍

1105 Gastritis and duodenitis

胃炎及び十二指腸炎

1106 Alcoholic liver disease

アルコール性肝疾患

1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified

慢性肝炎(アルコール性のものを除く)

1108 Liver cirrhosis

肝硬変(アルコール性のものを除く)

1109 Other diseases of liver

その他の肝疾患

1110 Cholelithiasis and cholecystitis

胆石症及び胆のう炎

1111 Diseases of pancreas

膵疾患

1112 Others

その他の消化器系の疾患

X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の疾患  
1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の感染症  
1202 Dermatitis and eczema  
皮膚及び湿疹  
1203 Others  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患  
X III Diseases of the musculoskeletal system and  
connective tissue  
筋骨格系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 syndrome  
頸腕症候群  
1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び挫骨神経痛  
1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害  
1308 Shoulder lesions  
肩の障害  
1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害  
1310 Others  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患  
X IV Diseases of the Genitourinary system  
尿路性器系の疾患  
1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患  
1402 Renal failure  
腎不全  
1403 Urolithiasis  
尿路結石症  
1404 Other diseases of urinary system  
その他の尿路系の疾患  
1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大(症)  
1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性性器の疾患  
1407 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経周辺期障害  
1408 Other disorders of breast and female  
genital organs  
乳房及びその他の女性性器の疾患

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく  
1501 Abortion  
流産  
1502 Edema, proteinuria and hypertensive  
disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠中毒症  
1503 Single spontaneous delivery \*  
単胎自然分娩  
1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく  
X VI Certain conditions originating in the perinatal period  
周産期に発生した病態  
1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害  
1602 Others  
その他の周産期に発生した病態  
X VII Congenital Malformations, deformations and  
chromosomal abnormalities  
先天奇形、変形及び染色体異常  
1701 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天奇形  
1702 Others  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常  
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  
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  
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  
1901 Fracture  
骨折  
1902 Intracranial injury and injury to organs  
頭蓋内損傷及び内臓の損傷  
1903 Burns and corrosions  
熱湯及び腐食  
1904 Poisoning  
中毒  
1905 Others  
その他  
Important : No.1503 with asterisk is not covered by the  
Social Insurance.  
1503 番(\*印)は社会保険は適用されません。