AAA

健保組合処理欄	支払年月日			常務理事	事務長	GL	係
	支払額	法定	円 (算式)				
		付加					
	①算定額		疾病コード		資格	取得	年 月 日
	②換算額		レート			喪失	年 月 日

□被保険者
□被扶養者

海外療養費(法定・付加)支給申請書

被保険者が記入する欄				
事業所名		記号・番号	—	
被保険者住所		被保険者氏名		
		受診者 氏名		
		受診者 生年月日	昭・平 年 月 日	
電話番号	— —	受診者 年齢	歳	続柄
傷病名(傷病部位)		この申請の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
症状の概要		この申請の診療日数	□ 入院 日 □ 通院 日	
傷病の原因	□傷病の原因が第三者による	状況	□治癒 □治療中 □中止	
		国名		
特記事項	□検査のみ □薬剤のみ □手術あり	病院へ支払った金額 *通貨明記		

委任状

私は上記給付金の受領を下記の者に委任します ※委任状の被保険者氏名は自署で記入してください。

令和 年 月 日

被保険者(請求者)氏名

受任者 事業所 所在地 名称 受任者名

備考	(個人番号:任意記入)

添付書類
- 歯科 …… 「歯科診療内容明細書」
- 歯科以外 …… 「領収明細書」「診療内容明細書」

} 医師の証明です。入院・入院外ごとに必要です。

※ 傷病名(原因)によって「負傷原因書」が必要な場合もあります。
健康保険用国際疾病分類番号をご証明いただく際は、「国際疾病分類表」を参照してください。
治療が終了した後に請求してください。(慢性病は除く)

【提出の流れ】
本人 → 会社 → 健保

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

(Upper) (RIGHT) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 (LEFT)

(Lower) (RIGHT) 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 (LEFT)

Primary tooth

(RIGHT) A B C D E F G H I J (LEFT)

(RIGHT) T S R Q P O N M L K (LEFT)

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date MO.	DA.	YR.	Fee 治療費
Iinitial 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 充塡					
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) _____

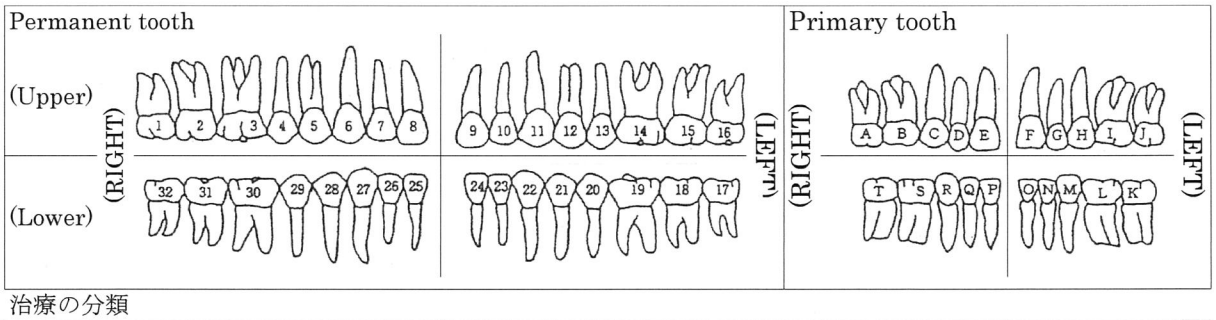
Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

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					
充塡					
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

電話

（別紙）

診療内容等の調査に係る同意書
(Agreement of Authorization)

・患者　患者名 _____
(Name of patient)
住所 _____
(Address)
生年月日　Month _____ Day _____ Year _____
(Date of birth)

・診療開始日　Month _____ Day _____ Year _____
(Starting date of medication)

トヨタ関連部品健康保険組合　御中
(To : Health insurance society for subcontract company employee of Toyota)

私（療養を受けた者）、_____は、トヨタ関連部品健康保険組合の職員又はトヨタ関連部品健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費の申請内容（療養行為を行った日時、場所、診療内容）を確認するため、療養行為を行った者に照会を行うこと、また、当該者から照会の回答を受けることに同意いたします。

(I (patient who has received treatment) authorize Health insurance society for subcontract company employee of Toyota or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.)

・氏名 _____
(Signature)

・住所 _____
(Address)

・日付　Month _____ Day _____ Year _____
(Date)

（患者との関係）　本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他〔　　〕
(Relation to the insured)　Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ 署名は、治療を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

(Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian(insured person is under age),guardian of adult(insured person is adult ward),heir(insured person is dead)shall sign one's signature.)

海外療養費申請時の注意点

1.海外療養費の支給について

海外旅行中や海外赴任中（業務中の傷病を除く）に病気やケガをして、やむを得ず現地の医療機関を受診した場合、後日申請を行うことで一部医療費の払い戻しを受けることができます。
ただし、やむを得ず現地の医療機関を受診したものに限りますので、治療を目的として渡航している場合は給付の対象となりません。また、日本国内で保険適用外となる診療を受けた場合も海外療養費の給付の対象となりません。

◎給付対象外となる診療の例
自然分娩、不妊治療、美容整形手術、歯列矯正、インプラント治療　etc…
※不妊治療は一部保険適用となる場合があります。
詳しくは「不妊治療に関する取り組み」（こども家庭庁/厚生労働省）をご確認ください。

2.申請書の作成について

・受診者別、受診月別で申請書を作成してください。
・受診時点で海外に滞在していることが分かる書類を添付してください。
（パスポートの顔写真、出入国のスタンプページ）
・複数の医療機関で受診した場合は医療機関別で申請書を作成してください。
・入院、外来で受診した場合は同一医療機関であっても別々に申請書を作成してください。

3.提出書類について

海外療養費支給申請書、及び添付書類に不備・不足がある場合、申請の受け付けをすることができません。
申請前には必ず書類の記入漏れが無いか、添付書類に不足が無いかをご確認のうえご提出をお願いします。

【提出書類一覧】

共通	□ 海外療養費支給申請書（原本） □ 領収書（原本） □ 診療内容等の調査に係る同意書（原本） □ パスポートの写し （パスポートの顔写真、出入国のスタンプページ）
歯科	□ 歯科診療内容明細書Form C及び邦訳（原本）
歯科以外	□ 診療内容明細書Form A及び邦訳（原本） □ 領収明細書Form B及び邦訳（原本）

4.支給額について

海外療養費は現地の医療機関で支払った費用を日本円に換算した金額と、日本国内の医療機関で診療を受けた場合の医療費を基準として算定した金額を比較して、どちらか安い方の金額から自己負担分を差し引いた額が支給されます。
そのため、現地で実際に支払った費用に対して支給額が大幅に少なくなることもあります。