

海外療養費の申請手続きについて

1. 支給条件

海外で受けた医療費がかかった場合、支給されます。

2. 支給額

(1) 外来・入院とともにかかった医療費の7割となります(未就学児の場合には8割、70歳以上の方は7割または8割)

(2) 国内の健康保険が適用になる治療費に換算して支給いたしますので、必ずしも上記(1)のとおりではなく、減額される場合もあります。

3. 添付書類

(1) 領収書(原本必須)※領収書貼付用紙にのり付けし、添付願います。

(2) 診療内容明細書(外来・入院・歯科)(原本必須)

各月ごと、外来・入院・歯科ごとに1枚ずつ証明を受けてください。

(3) 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し

※社命による海外赴任(出張)の場合は、添付不要

《注意点》

1. 診療内容明細書と領収書の金額が一致しているか確認してください。

※現地税金、文書(診断書)代は支給対象外となります。

合計金額に上記料金が含まれている場合にはそれを除外した金額を記入してください。

2. (2)について、指定フォーマットでの入手ができなかった場合には以下2点の書類でも代用可能です。

① 現地医師による指定フォーマットと同内容の証明

② ①の和訳文(ご自身にて作成ください)

3. 診療内容明細書には診療を受けた病院、医師の署名が必要です。

※確認できない場合はお支払いすることができません。

4. 給付が受けられない場合

・療養目的にて海外で診療を受けた場合

・正常な妊娠・出産

・定期健康診断(歯科検診含む)

・乳幼児の検診

・予防接種

・歯科矯正

・美容上の手術 等

・業務中や通勤途中の事故によるけが

※労災保険の適用となり、健康保険での給付は受けられません。

・提出書類が不足、または不備がある場合

5. 支給日

原則として申請書が健康保険組合に届いた日の翌月末日(休祝日の場合は前日)となります。

ただし、診療内容の審査に時間を要する場合は翌々月となる事もあります。

※時効は診療を受けた日の翌日より2年となります。

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

被保険者

記入例

支給申請書

(療養費)

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

<記入時に必ずチェック願います> **不備がある場合には受けられません。**

- 請求の有効期限を過ぎていませんか？
※ 健康保険組合到着時に診療日より2年を経過している場合は、健康保険法上不支給となります。
- 各月ごと、外来・入院・歯科それぞれにつき、1件の申請となっていますか？

説明文 3項参照

【添付書類】

- 診療内容明細書(医科または歯科) **(原本必須)** ※各月ごと、外来・入院・歯科 それぞれにつき1枚ずつ
- 領収書 **(原本必須)**
- 渡航証明書(パスポート(出入国の押印が確認できる頁)、旅券、航空券の写し等)
※社命による海外赴任(出張)の場合は、渡航証明書の添付不要

被保険者証	記号	1000	番号	123456	氏名	富士通 太郎		
申請が被扶養者であるとき	氏名	富士通 次郎		生年月日	昭和 平成 令和	1年11月1日	続柄	子
傷病名	風邪			発病・負傷年月日	平成 令和	27年12月1日		
発病・負傷原因	ウイルス			業務上・外の別	業務上・業務外			
日本国内で受診できなかった理由	<input type="checkbox"/> 出向中(家族帯同含む) <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(旅行中だったため)							
診療期間	令和 2年 12月 15日から 令和 2年 12月 16日まで 2日間							
療養に要した費用	100アメリカドル			(診療に要した費用総額)				
※通貨単位はカタカナで記入願います。								
日本国内で受診できなかった理由 <input type="checkbox"/> 出向中(家族帯同含む) <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(旅行中だったため)								
療養に要した費用 100アメリカドル (診療に要した費用総額) ※通貨単位はカタカナで記入願います。								
事業所に委任します。								
行なわれた事実の有無や診療内容の照会を行なうこと、また当該医療機関等が富士通健康保健組合に対して内容照会の回答をすることに同意します。								
令和 3年 5月 1日				住所 神奈川県川崎市中原区上小田中 4-1-2				
被保険者 氏名 富士通 太郎								
事業所名	富士通株		所属	○×事業部		電話	内線または外線	

・カタカナで記入してください
 ・①現地税金 ②文書(診断書)代
 は支給対象外となるため合計金額より除いて
 記入してください。

その他の場合は詳細に記載をお願いします。

押印は不要です。

事業所記入欄	現地健給保付か記入の欄	医師名	診療費用総額(A)	事業所の証明欄	備考
	社命による海外赴任(出張)のため、渡航証明書添付無 <input type="checkbox"/> (該当する場合チェック)				

健保記入欄	診療年月	年 月	本人家族区分	本人・家族・未就・高7・高8		
	診療区分	外来・入院	健保記入欄			
	査定後金額	金額			円	割

【事業所記入欄】	
担当者名	備考欄

被保険者 療養費支給申請書
家 族 (海外療養費)

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

<記入時に必ずチェック願います> **不備がある場合には受付られません。**

- 請求の有効期限を過ぎていませんか？
※ 健康保険組合到着時に診療日より2年を経過している場合は、健康保険法上不支給となります。
- 各月ごと、外来・入院・歯科それぞれにつき、1件の申請となっていますか？

【添付書類】

- 診療内容明細書(医科または歯科) (原本必須) ※各月ごと、外来・入院・歯科 それぞれにつき1枚ずつ
- 領収書(原本必須)
- 渡航証明書(パスポート(出入国の押印が確認できる頁)、旅券、航空券の写し等)
※社命による海外赴任(出張)の場合は、渡航証明書の添付不要

申請書の記入	被保険者証	記号	番号	氏名	
	申請が被扶養者であるとき	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	
	傷病名		発病・負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
	発病・負傷原因		業務上・外の別	業務上・業務外	
	日本国内で受診できなかった理由※	<input type="checkbox"/> 出向中(家族帯同含む) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他()			
	診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	療養に要した費用	(診療に要した費用総額) ※通貨単位はカタカナで記入願います。例ー100カナダドル、100スペインペユーロ等			
	診療を受けた医療機関	名称	所在地		
	上記のとおり申請いたします。 ただし給付金の受領は事業主に委任します。 富士通健康保健組合が医療機関等に対して、療養が行なわれた事実の有無や診療内容の照会を行なうこと、また当該医療機関等が富士通健康保健組合に対して内容照会の回答することに同意します。				
	令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名				
事業所名		所 属		電 話	

事業所記入欄	現地健給保付か記入の欄	医師名	医科・歯科の別	医科・歯科
		診療費用総額 (A)	現地健保給付額 (B)	差額負担額 (C)
				備 考
社命による海外赴任(出張)のため、渡航証明書添付無 <input type="checkbox"/> (該当する場合チェック)				

健保記入欄	診療年月	年 月	本人家族区分	本人・家族・未就・高7・高8		
	診療区分	外来・入院・歯科	邦貨換算額	= ¥		
	査定後金額	円	食事療養回数	回	薬 剤	円

【事業所記入欄】	
担当者名	備考欄

(領収書貼付用)

領収書のり付け欄