

海外での療養費について（償還払い）

古河健康保険組合

長期に海外出向等の場合でも、日本国内の健康保険適用事業所との関係がある限りにおいて健康保険は適用されます（個人的に抜けることは出来ません）。

従って、長期に海外出向等の場合でも、保険料は通常通り納めていただくことになります。

1. 海外で受診したときの手続き

（１）現地での費用は、全額一旦ご本人で負担して下さい。

（２）別紙の診療内容明細書と領収書を、現地医療機関で記入、発行してもらいます。

※療養費支給申請書は当健保指定のものを使用していただきますが、診療内容明細書は、別紙のA4サイズのもの、或いは医療機関備え付けのものでも構いません。

※但し、どちらを選択しても医師の証明と日本語訳は必ずもらって下さい。

（３）診療内容明細書は、各月毎に、受診内容に応じて医科用と歯科用を使い分けて下さい。

（４）診療内容明細書は、各月毎に、入院・外来別にそれぞれ証明をもらって下さい。

（５）現地医療費を請求する場合は、指定の療養費支給申請書に記入し、署名の上、診療内容明細書、領収書等を添えて、所属事業所経由で当健保に提出して下さい。

（６）平成 28 年 4 月より、現地在留の証明としてパスポート写しの添付、申請内容について現地医療機関等に対し当健保が照会を行うことについての同意書の提出が必要となりました。

2. 医療費精算方法

下記の（１）または（２）のいずれか低い方に、所定の負担割合等に乗じたものが支給額となります。

（１）海外における本人支払額を、支給決定日前 7 営業日の平均レートで換算した金額。

（２）厚生労働省保険局保険課からの「社会医療診療行為別統計」に基づく標準額に日数を乗じて算出した額。

※負担割合

（70 歳以上：9 割または 8 割負担。7 歳～69 歳：7 割負担、未就学児：8 割負担）

3. 海外支払額との差額

事業所により取扱いが異なりますので、所属する事業所の担当者にお問い合わせ下さい。

以上

				常務理事	事務長	精 算	担 当
健保組合記入欄	算 出 基 礎		支 給 額	円			
	備 考						

療 養 費 支 給 申 請 書 (海外用／医科)

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者	記 号			事 業 所 名 称				
		番 号							
	傷 病 名					発病又は負傷 の 年 月 日	令和 年 月 日		
	発病又は負傷 の 原 因					傷 病 の 経 過			
	診療を受けた 医療機関の	名 称				医師名			
		所在地				診療の 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間		
	診 療 の 内 容					療養に要した 費 用 の 額	円		
	申 請 理 由								
	第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 で す か	は い いいえ	申請が被扶養 者に関するときはその者の	氏 名			続 柄		
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 古河健康保険組合理事長 殿 氏 名								
本請求金額の受領を を代理人と定め委任いたします。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名									
事 業 主 の 記 入 す る 欄	上記の通り相違ないことを証明致します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 名 称 事業主 氏 名								

(注意事項) ※この申請書には、現地での滞在を証明する入国記録（パスポート等）の写しを添付して下さい。
※この申請書には、現地での支払を証明する領収書を添付して下さい。
※診療内容明細書、様式 A、領収明細書、様式 B、調査に関わる同意書、署名欄を添付して下さい。
※代理人欄には、受領を委任する代理人の役職と氏名を記載して下さい。

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

(別 紙)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year_____ Month____ Day____

・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年____月____日

・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year_____ Month____ Day____

古河健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、古河健康保険組合の職員又は古河健康保険組合が委託した事業者が、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）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。
また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを古河健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Furukawa Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Furukawa Health Insurance Society 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.
Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。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）が署名して下さい。

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.

(氏名) _____
(住所) _____
(日付) _____年____月____日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []
※ 本同意書の有効期限は署名日から 6 ヶ月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year_____ Month____ Day____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.