

海外療養費支給申請書

※申請の効力は2年です

|                                                                                       |                             |                                                                                                  |                             |             |                |                              |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------|------------------------------|-------------------------|----------|-------|---------|----|------------|--|-----|--|--|
|                                                                                       |                             |                                                                                                  |                             |             |                |                              |                         |          |       | 年       |    | 月          |  | 日提出 |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）<br><br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 記号－番号                       | －                                                                                                |                             |             | フリガナ           |                              |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       |                             |                                                                                                  |                             |             | 被保険者氏名<br>（署名） |                              | 申請書裏面、記入例を全て確認の上、請求します。 |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 所 属                         | 部 室・工場 課 係                                                                                       |                             |             |                |                              |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 社内メール                       | 〒                                                                                                |                             | 内 線<br>又は外線 | －              |                              | 書記名                     |          |       | 書記TEL   | －  |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 被保険者住所                      | 〒                                                                                                | －                           |             | TEL（ ） ー       |                              |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 照会等の同意                      | 私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この申請書の写しも有効であることに同意します。 |                             |             |                |                              |                         |          |       |         |    | 被保険者氏名（署名） |  |     |  |  |
|                                                                                       | 療養を受けた<br>方の氏名              |                                                                                                  |                             |             |                | 生年月日                         | S・H・R                   |          | 年 月 日 |         | 続柄 |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 医療扶助該当<br>の有無               | 有                                                                                                | 有の場合は、該当する制度に○を付けて下さい。      |             |                |                              |                         | 発病又は負傷の日 |       | 年 月 日   |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       |                             | 無                                                                                                | 1. 子ども医療 2. 障害者医療 3. ひとり親医療 |             |                |                              |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 傷病名                         |                                                                                                  |                             |             |                |                              | 渡航理由                    |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
| 発病又は負傷の原因                                                                             | どこで（国名）                     |                                                                                                  |                             |             |                | 何をしていてどうした※1                 |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
| 第三者行為又は業務上（通勤中も含む）による傷病ですか？                                                           |                             |                                                                                                  |                             |             |                | □はい ⇒申請前に健保組合までお問合せください □いいえ |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
| 療養を受けた<br>医療機関                                                                        | 名 称                         |                                                                                                  |                             |             |                |                              | 療養に要した費用（領収書金額）         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 所在地                         |                                                                                                  |                             |             |                |                              | 円                       |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 医師名                         |                                                                                                  |                             |             |                |                              | （海外での支払通貨【 】）           |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
| 給<br>付<br>金<br>振<br>込<br>先                                                            | 振込先（被保険者名義） ※裏面の3項④をご確認下さい。 |                                                                                                  |                             |             |                |                              |                         |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | フリガナ                        |                                                                                                  |                             |             | 店<br>番         |                              |                         |          | 口座番号  |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 銀行・信金<br>信組・農協              |                                                                                                  |                             | 預金種別        |                |                              | フリガナ                    |          |       |         |    |            |  |     |  |  |
|                                                                                       | 金融機関コード（健保記入）               |                                                                                                  |                             |             |                |                              |                         | 普通・当座    |       | 口座名義人氏名 |    |            |  |     |  |  |

|                                  |                                                                                       |            |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| 必要書類<br><br>（書類の確認の際に<br>ご利用下さい） | ①□診療内容明細書（FormA）<br>②□領収明細書（FormB）<br>③□翻訳（FormC）<br>④□診療費用の領収書（原本）<br>⑤□旅券または航空券（写し） | 提出前の最終チェック |  |
|                                  | □海外療養費支給申請【歯科】用は、歯科の場合のみご提出ください。<br>※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。<br>□D'sぼーたるは登録してありますか    |            |  |

|                                           |         |                                                                 |  |       |  |        |  |           |           |        |    |  |
|-------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------|--|-------|--|--------|--|-----------|-----------|--------|----|--|
| 健<br>康<br>保<br>険<br>組<br>合<br>使<br>用<br>欄 | 給付区分コード | 111. 療養費 118. 海外療養費 201. 補装具 その他（ ）                             |  |       |  |        |  | 支給番号      | 5 0 0     |        |    |  |
|                                           | 区 分     | 1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7 |  |       |  |        |  |           |           |        |    |  |
|                                           | 資格取得日   |                                                                 |  | 資格喪失日 |  |        |  | 支給期間      | R 年 月 日から |        |    |  |
|                                           | 家族番号    |                                                                 |  | 医療扶助  |  | 有（ ）・無 |  |           | R 年 月 日まで |        | 日間 |  |
|                                           | 診療実額    | 円                                                               |  | 給付額合計 |  | 円      |  | 付加金・高額療養費 |           | 無・有・停止 |    |  |
| 備考                                        |         |                                                                 |  |       |  |        |  |           |           |        |    |  |

※1 特に原因が特定できないときは不詳とご記入下さい。

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 室 長 | 検 討 | 担 当 | 受 付 |
|     |     |     |     |

## <海外療養費 注意事項>

### 1. 海外療養費の申請ができるとき

- ①被保険者又はその扶養家族が、海外に在住又は旅行中に負傷したり疾病にかかったりした場合に要した費用について、国内における保険診療の範囲内で償還されます。

#### 【海外療養費対象外の治療】

- ・治療を目的に海外へ渡航し診療を受けた場合
- ・日本国内で保険適用となっていない医療行為（歯科矯正、臓器移植、美容整形手術など）
- ・救急車の料金、差額ベッド代

### 2. 締切日と支給日

- ①締切日は毎月10日（土・日・祝日の場合はその前日）です。  
但し、毎年8月に限り（長期連休があるため）締切日を稼働日2日目に変更します。
- ②①の締切日までに「6. 算定方法について」に基づき、健保で支給決定ができた分について、当月27日（土・日・祝日の場合はその前日）に健保登録口座へ振り込みます。  
処理の都合上、支給を決定するまでに2～4ヶ月かかる場合もありますので、ご了承下さい。
- ③申請の**時効は2年**です。2年以内に提出して下さい。（時効の起算日：診療費用を支払った日の翌日）

### 3. 申請書記入上の注意事項

- ①ボールペンで記入し（鉛筆書き不可）記入もれのないようにして下さい。
- ②書記名・書記内線欄は、本人の内線または外線がない場合、ご記入ください。
- ③日本国内で治療を受けた場合、窓口で個人負担分の一部または全部を支払っていない方は、医療扶助該当の有無欄の該当する制度に○を付けて下さい。
- ④振込先について  
・**健保登録口座がある事業所**は、原則、健保登録口座に振り込みますので、振込先は記入不要です。  
※登録口座のある事業所一覧については、下記デンソー健康保険組合HPをご覧ください。  
【健保の給付】→病気やけがをしたとき→●健保登録口座がある事業所一覧  
[https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit\\_index/sick\\_list](https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list)  
上記以外の事業所の場合：表面の給付金振込先をご記入下さい。（健保給付金振込みが2回目以降の方は記入不要）  
**※健保登録口座**以外の振り込みは出来ません。  
（請求書または申請書等により、健保からの給付金を受け取ったことがある方はその口座が登録口座となります）

### 4. 添付書類

- ①診療内容明細書（Form A）  
②領収明細書（Form B）  
③翻訳（Form C）  
④診療費用の領収書（原本）  
⑤旅券または航空券（写し）  
※①～④は、全て原本の提出が必要です。  
※①②については、**必ず現地医療機関にて証明**を受けて下さい。  
被保険者、受診者等による記入はできません。担当医に記入・署名を依頼してください。  
※③については、訳者の住所・氏名等も記入して下さい。  
※⑤は、渡航した事実が確認できる書類を添付して下さい。

### 5. 個人情報保護について

- ①ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内及び保険給付等の支払いに使用場合があります。
- ②個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

### 6. 算定方法について

- ①書類を健保へ提出していただきますと、当方で傷病内容と治療内容を確認して、「日本国内で受診、治療した場合の診療内容」を算出します。
- ②現地で受診した金額（健保で支給決定をした日の為替レートで換算）と①の日本国内で受診した場合の金額を比べて、低い方を基本診療費とします。
- ③基本診療費の金額に健保組合の給付率（7割・8割）を掛けて給付いたします。

### 7. その他

- ①この書類は、各月毎、入院・外来毎、医療機関毎に必要となります。
- ②海外送金はできませんので、ご了承下さい。
- ③詳細についてはデンソー健康保険組合HP <https://www.denso-kenpo.or.jp> をご覧下さい。

### 8. 問い合わせ・書類送付先

デンソー健康保険組合 給付G

〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目1番地（社内メール〒1130）

外線 TEL 0566-25-9620 FAX 0566-24-6301

内線 TEL 551-89148

E-mail [kenpo\\_kyufu@jp.denso.com](mailto:kenpo_kyufu@jp.denso.com)

## 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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient should be filled out.  
各月毎、入院・外来毎にこの様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of Patient \_\_\_\_\_, Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Sex (Male•Female)  
患者氏名 生年月日 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury \_\_\_\_\_  
傷病名
3. Data of First Diagnosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診療日数
5. Type of Treatment  
治療の分類  
☐ Hospitalization: From \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (\_\_\_\_ days)  
入院  
☐ Outpatient: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
外来
6. Nature and Condition of Illness or Injury 症状の概要  
  
\_\_\_\_\_
7. Prescription, Operation and any other Treatments 処方、手術その他の処置の概要  
  
\_\_\_\_\_
8. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name \_\_\_\_\_  
Office Address \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic  
担当医又は病院事務長へのお願い

【Form B】

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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.  
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・外来毎にこの様式1枚が必要です。
4. Please specify the monetary unit used.  
通貨単位を明記して下さい。

Itemized Receipt  
領 収 明 細 書

| Head                    | 項目            | Fee<br>料金 | Monetary Unit<br>通貨単位 |
|-------------------------|---------------|-----------|-----------------------|
| 1. Initial fee          | 初診料           |           |                       |
| 2. Follow-up fee        | 再診料           |           |                       |
| 3. Hospital sharges     | 入院費           |           |                       |
| 4. Medicines            | 投薬            |           |                       |
| 5. Injection            | 注射            |           |                       |
| 6. Treatment            | 処置            |           |                       |
| 7. Operation            | 手術            |           |                       |
| 8. Laboratory Tests     | 検査            |           |                       |
| 9. X-Ray Examinations   | 画像診断          |           |                       |
| 10. Others<br>(Specify) | その他<br>(項目明記) |           |                       |
| Total                   | 合計            |           |                       |

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 \_\_\_\_\_

Office Address \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Date                    /                    /

Signature \_\_\_\_\_

|                           |        |  |
|---------------------------|--------|--|
| F<br>o<br>r<br>m<br><br>A | 2. 傷病名 |  |
|                           | 6. 症 状 |  |
|                           | 7. 処 方 |  |
|                           | 7. 手 術 |  |
|                           | 7. 処 置 |  |

|                           |                   |  |
|---------------------------|-------------------|--|
| F<br>o<br>r<br>m<br><br>B | 10. その他<br>(項目明記) |  |
|---------------------------|-------------------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
| 特記事項がありましたら<br>ご記入下さい。 |  |
|------------------------|--|

|     |       |       |
|-----|-------|-------|
| 翻訳者 | 住 所   |       |
|     | 電話番号  |       |
|     | 氏 名   | 印     |
|     | 記入年月日 | 年 月 日 |

海外療養費支給申請【歯科】用  
下記の歯式図へ治療した歯または部位へ印をつけてください

