



健康保険 被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者(請求者)記入欄	被保険者証の記号と番号	事業所の名称		部室店名
	被保険者の氏名	被保険者の住所		〒 -
	生年月日	昭・平 年 月 日生	TEL ()	
	申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	被扶養者の生年月日		被保険者との続柄
	傷病名 <small>(骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等の場合は負傷届を添付して下さい)</small>	発病または負傷年月日		年 月 日
	発病又は負傷の原因および経過	第三者行為によるものですか		いいえ ・ はい
	診療を受けた病院等	名称	診療した医師氏名	
	診療の内容	入院 ・ 通院 (どちらかに○)	装具装着日	診療に要した費用の額
	診療の期間	平・令 年 月 日 日間 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	円 (別紙証拠書) (類のとおり)
	日本国内で受診できなかった理由	<input type="checkbox"/> ①海外赴任中 《家族帯同・単身赴任》 (どちらかに○)	<input type="checkbox"/> ②出張中	<input type="checkbox"/> ③その他 (理由:)
送金銀行	銀行 信金	本店 支店	口座 番号	フリガナ 口座名義

※2) 在籍者は、原則として給与口座をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、裏面委任状の記入が必要です。

調査に関する同意書

イオン健康保険組合 理事長 殿

私(被保険者)はイオン健康保険組合の職員あるいはイオン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・療養内容等)を確認するため、申請書類の提供によって、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。

なお、本書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

被保険者氏名 : _____ 療養を受けた者 : _____

事業主証明

私(事業主)は _____ が上記療養期間渡航中である(あった)ことを証明します。
_____ が上記療養を受けた者

イオン健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日 事業主代理人

組合処理欄

査定	支給額	台帳照会		
		被保険者	取得	喪失
支給決定	支給決定	被扶養者	認定	取消
		支給決定	通知	出納日印
令和	令和	令和	令和	令和

※3) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。

委任状	イオン健康保険組合 理事長 殿		令和 年 月 日		
	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		※シャチハタ印は使用しないで下さい		
	被保険者の住所	被保険者の氏名と印	代理人の住所	代理人の氏名と印	
	〒	㊟	〒	㊟	被保険者との関係

昭

【海外療養費申請時の注意事項】

1. 海外療養費について

海外赴任、海外旅行中に病気や怪我でやむを得ず現地の医療機関で診療を受け医療費を支払った場合、申請により一部医療の払い戻しを受けることが出来ます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に、健康保険の適用が受けられる治療等に限り、下記の場合を除きます。

【支給対象とならないもの】

- ・最初から治療目的で海外に渡航した場合。
- ・海外旅行保険等に加入され、保険会社から全額治療等の補てんを受ける場合。

2. 支給金額について

日本国内の医療機関等で、同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた金額を支給します。

※海外で支払った総医療費から自己負担相当額を引いた金額よりも大幅に支給額が少なくなる場合があります。

3. 申請手続きに必要な書類

- ・本申請書（各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに一枚ずつ）
- ・領収書原本
- ・診療内容明細書（歯科の場合は「歯科診療内容明細書」）
※ただし、これらの書類が外国語で記載されている場合には、翻訳文を添付すると同時に、翻訳者の住所、氏名の記載を要します。
- ・療養を受けた者のパスポート（氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁）の写し
※ただし、会社の命により渡航した場合は表面の事業主証明欄での証明に変えることが出来ます。

4. その他必要な書類

※傷病名が骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等、外傷性の場合は、「負傷届」を添付して下さい。

※第三者行為によるもの場合は、「第三者行為による負傷届」を添付して下さい。

※給付金の受領を他人（家族・会社など）に委任するときは上記「委任状」欄に必要事項を記入・捺印して下さい。

5. 記入上の注意

- ・「調査に関わる同意書」の氏名記載欄は被保険者と療養を受けた者が同一の場合は、被保険者氏名欄のみの記載・押印で可。

【事業主への注意事項】

- ・添付書類を確認し送付して下さい。
- ・「事業主証明」欄は被保険者と療養を受けた者が同一の場合は、被保険者氏名欄のみの記載で可。

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	M 男	F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状		Sick 疾病 Preventive care 予防的治療 Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠		

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this care) 当件の初診日 Subsequent Visit 再診 Total 合計 ____ Visits 回	_____	6 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 ____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room Food, etc. 室料・食事療養 _____	_____
2 Medication 投薬 yes no	_____	7 Operation 手術 _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure(specify)その他の処置 _____	_____
3 Injection 皮下・筋注 IV Treatment 点滴	_____	8 Anesthesia 麻酔 Local 局部 Spinal 脊椎 General 全身	_____
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 Urine 尿 _____ Blood 血液 _____ ECG (EKG) 心電図 _____ Ultrasound 超音波検査 _____	_____	9 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____ 10 Radiology 画像診断 X-ray レントゲン撮影 _____ CT コンピューター断層撮影 _____	_____
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 回	_____	11 Others(specify) その他 Medical Certificate 診断書 _____	_____

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date 日付 _____ Physician's Signature 医師の署名 _____

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M 男 F 女
Date of Services 受診日 From _____ to _____ Total 合計 _____ Visits 回

Tooth Number 歯式																												
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																				
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J			
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17		#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____	8 Filling Amal. 1 surf. _____		_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム 2 surf. _____		_____
レントゲン		_____	3 surf. _____		_____
Periapical 標準型 ×		_____	Comp. 1 surf. _____		_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	複合 2 surf. _____		_____
3 Medication 投薬 yes no		_____	レジン 3 surf. _____		_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	面		_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	9 Inlay / Onlay		_____
5 Root Planing		_____	インレー・アンレー		_____
スクーリング・ルートプレーニング		_____	10 Amal. / Comp. Build-up		_____
Gingival Curettage		_____	充填物による支台築造		_____
歯周ポケット搔爬		_____	Post & Core メタルコア		_____
Perio-operation		_____	11 Crown 冠		_____
歯周外科手術		_____	Porcelain/Gold ポセリン・金		_____
6 Extraction		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
抜歯		_____	Other その他		_____
Other Operation		_____	12 Bridge Work ブリッジ		_____
その他の手術		_____	Abutment 支台歯		_____
7 Pulp Cap		_____	Pontic ポティック		_____
歯髄覆罩		_____	13 Denture 有床義歯		_____
Pulpotomy		_____	Repair 義歯修理		_____
歯髄切断		_____	14 Other(specify) その他		_____
Root Canal Therapy		_____	Medical Certificate 診断書		_____
根管治療		_____			_____
1 canal		_____			_____
2 canal		_____			_____
3 canal		_____			_____
根管		_____			_____

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date 日付 _____ Dentist's Signature 医師の署名 _____