

# 海外療養費申請書類について（海外出張用）

## ●海外療養費とは

海外渡航中に急な病気やけがでやむを得ず現地の医療機関を受診した場合、海外では健康保険は適用にならないため、全額を自費で支払い後日申請し、審査が通れば療養費として支給を受ける事ができます。

但し、療養を目的として海外に行った場合や、第三者行為（交通事故等）による傷病は支給されません。**※注意点：支給額は海外で支払った医療費の7割ではありません。**健康保険は日本国内の制度のため、日本国内で同等の傷病にかかった場合の医療費に換算し、その金額に対して健保負担分を支給します。医療費の高い国で受診された時は差額が大きくなり、自己負担が重くなります。また、一部保険適応外（入院時食事代・健康診断や歯の詰め物等）もあります。そのため、実際の給付額は支払った額の1割程度かまたはそれ以下になる場合もありますので、ご了承ください。

海外に滞在の場合には、海外旅行保険などに加入する事をお勧めいたします。

## ●必要書類 <※全て原本で申請ください。コピー不可です>

- ①療養費支給申請書
  - ②医科の場合、診療内容明細書（様式A）と領収明細書（様式B）  
歯科の場合、診療内容明細書（様式A）と歯科診療内容明細書（様式C）  
現地医療機関の医師が証明するものです。
  - ③海外療養費 様式ABC用翻訳  
上記②に対する翻訳です。翻訳者(被保険者と利害関係のない第三者がのぞましいが、被保険者本人でも可)の住所・氏名・捺印を忘れずをお願いします。
  - ④現地の医療機関が発行した領収書（受診者のフルネームが記載されていること）  
項目ごとに日本語訳を記載してください（※別紙1ご参考）
- ※原本を返却希望の場合は、メモ書きで構いませんので、その旨を申請書にご記入ください。支給処理が終わりましたら、健保から支給済みの印を押して返送します。
- ⑤委任状
  - ⑥調査にかかわる同意書

上記①～④の書類は

受診者の診療月毎（入院・入院外来別）、医療機関毎に一揃いが必要となります。

例) AとBという医療機関でそれぞれ2カ月受診

A医療機関では入院と外来があった場合 ⇒申請には5セット必要です  
診療内容を日本の医療に置換える必要があるため、詳しく記載してください。  
置換えの判断ができない場合、支給対象外となってしまいます。

※必要が生じた場合は、別途追加で書類を求めることがあります。

## ●提出先

療養費支給申請書に必要事項を記入し、添付書類と共に事業所の健康保険担当者もしくは事業所の健康保険担当者が指定する送付先にお送りください。

## ●支給

申請から約3ヶ月ほどかかります。

〒107-8556 東京都港区南青山 2-1-1  
ホンダ健康保険組合 医療費管理センター  
TEL 03-3423-1023

**ご参考**

outpatient / OPD SERVICES

พรีออเดอร์ / Pre-Order

Received / Visit Date: 29 Jul 2008 เวลา / Time: 17:10 hr

2008 7月 29日

รายการ / Description	จำนวนเงิน / Amount	ส่วนลด / Discount	สุทธิ / Net Amount
Drugs and Parenteral Nutrition 投薬および非経口的栄養物 Medication for Outpatient 外来患者の処方投薬	2,180.00	109.00	2,071.00
Investigation 検査 ラボ検査	450.00	22.50	427.50
Diagnostic Radiology and Radiotherapy 放射線診断および放射線治療 Standard Diagnostic Imaging スタンド画像診断	770.00	38.50	731.50
Ray Computer コンピュータによる診断	15,400.00	0.00	15,400.00
Nursing or Midwifery Charge 看護費用, 助産師費用 (断り投薬) OPD Nursing Charge 外来看護費用	150.00	7.50	142.50
Physician Evaluation 医師の診察 Physician Evaluation 医師の診察	700.00	0.00	700.00
DR. KITTINUT KISVIKAI KITTINUT KISVIKAI 医師	700.00		
<p>・こちらは鉛筆書きで結構ですので、日本語に置き換えてください</p> <p>※医療を受けた本人が支払った領収書が必要です。</p>			金額
<p>รับยก 7665.50</p>			7,472.50
<p>จำนวนเงิน / Total Amount in letters</p>			

Mode of Payment / วิธีการชำระเงิน / วิธีการชำระเงิน (Credit Card) 19,472.50 บาท/Baht

เพื่อเป็นการประกันคุณภาพและราคาที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ไม่รับเปลี่ยน หรือ คืนเงินยา  
For pharmaceutical quality assurance, hospital's policy is not allowed for any returning or refunding medicines.

www.bangkokhospital.com

ผู้ป่วย ( Patient )

เจ้าหน้าที่การเงิน ( Cashier )

บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) 2 ซอยสุขุมวิท 7 ถนนพชรบุรีพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร 10310 โทร. 0-2310-3000 Contact Center โทร. 1719 (24 ชม.)  
Bangkok Dusit Medical Services Co., Ltd. 2 Soi Sukhumvit 7, New Petchburi Rd., Bangkok 10310, Thailand. Tel. 02-2310-3000 Contact Center call 1719