

海外療養費支給申請書 ～被保険者の方へ～

ベネッセグループ 健康保険組合

被保険者・被扶養者が海外へ在住中、又は旅行中に医療機関へ受診した際、後日、申請することによって、払い戻しされます。

医師に証明いただいた「診療内容明細書」を参考に、日本国内で、同一（類似）症例で保険治療した場合の平均的な金額を算出し、その額と現地で支払った金額を比較し、低い方を基準に、その7割（8割）（日本の保険給付割合）を給付するものです。

参考となる「診療内容明細書」には、投薬名、処置名、検査名、数量（回数）等を、具体的に記載してもらってください。

海外療養費で戻ってくる金額は、実際に支払った金額よりも、かなり少なくなる場合がほとんどです。

（海外で治療した内容が、日本では保険適用になっていない場合が多々あるためです。保険適用外（日本）＝海外療養費算定対象外）

給付審査には約1ヶ月以上要しますので、これらをご理解いただいた上で申請してください。

（※海外旅行保険とは異なり、支払った金額が戻ってくる制度ではありません。なるべく、海外旅行保険をかけていただくことをおすすめします）

【提出先】

●在職中の方は、各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へ提出してください。

「被保険者証の記号・番号」「事業所の名称」は、ベネッセグループ健保組合加入（在職）中における情報を記入してください。

【被扶養者（家族）に関する申請のとき 欄】

●被扶養者（家族）の氏名・生年月日・被保険者本人との続柄を記載してください。

（被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）ご自身の申請の場合は、この欄は空欄で結構です）

【必要書類】

●「海外療養費支給申請書」「診療内容明細書」（翻訳文）・「領収明細書」・「領収書原本」が必要ですが、

※医科用・歯科用異なりますので、それぞれの書式を使用してください。

※翻訳文には翻訳者住所・氏名の記載が必要です。

※記入欄が足りない場合は、別紙を添付してください。

●「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。健保組合へ提出された後は、コピーをとることができません。

【振込希望銀行】※記載誤りの場合は決定振込日より遅くなります。

●被保険者本人名義の日本国内の口座に限らせていただきます。（家族名義になっていることが多々あります）

特に氏名変更で名義変更される際には、当請求中に変更しないようご注意ください。

記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定することをおすすめします。

ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

【被保険者の住所・氏名・印】

●被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）の郵便番号・住所（日本国内）・氏名・押印をお願いします。

支給（不支給）決定通知書等は日本国内の宛先に発送します。海外居住の方は、日本国内で発送可能な宛先を記載しておいてください。ない場合は、各会社・団体の人事担当者経由で送付します。

健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

被保険者・被扶養者

海外療養費支給申請書 (医科用)

| | | | | | | | |
|---|---|------------------|----------------------|--|--------------------------|----------------------|-------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 999-1234 | 事業所 の名称 | 〇〇〇〇株式会社 | | | | |
| 被扶養者(家族)に 関する申請のとき | 被扶養者 氏名 | ※家族の申請時に記入 | | 被扶養者 生年月日 | (和暦)年 月 日 (対象家族の生年月日) | 被保険者 (本人) との続柄 | 配偶者 等 |
| 海外療養費 支給要件と 必要添付書類 領収書は原本を添付 のこと(コピー不可) | 支給要件 | | | 必要添付書類 | | | |
| | 海外に在住中、出張、旅行中に、海外の医療機関 へ受診した場合。 ※但し、治療目的で海外へ渡航した場合は海外療 養費の支給対象外とする。 あてはまる方へ〇 | | | ⇒〇「診療内容明細書(日本語翻訳)」「領収明細書」 ※医科・歯科書式が異なります。 ※日本語翻訳文には、翻訳者住所・氏名記載 〇「領収書」(原本) あてはまる方へ〇 | | | |
| 交通事故等第三者 行為災害による負 傷ですか | はい・ いいえ | | 通勤途上・業務上 による負傷ですか | | はい・ いいえ | | |
| 傷病名 | 気管支炎 | | | | | | |
| 診療又は 手当の内容 (詳しく記載) | 投薬名、検査名、処置名、回数(数量)等、わかる範囲で、できるだけ詳しく記載してく ださい。 | | | | | | |
| 発病・負傷年月日 | (和暦)平成〇年〇月〇日 | 診療に 要した 費用 | 現地 通貨 | \$〇〇 | 日本円 | 〇〇円 | |
| 診療又は手当を受 けた期間 | 自平成〇年〇月〇日(和暦で記載ください) 至平成〇年〇月〇日(〇)日間 | | | 左記の内、入院期間(入院期間がある場合) 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 振込希望銀行 (日本の金融機関) | 〇〇 銀行 △△ 支店(普通・当座) No.×××××××× カナメイギ(ケンボ タロウ) (支店番号□□□) ※被保険者本人名義の口座(家族不可) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付 | | | | | | |
| ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | |
| 上記のとおり海外療養費を請求いたします。 | | | | | | | |
| 平成 〇年 〇 月 〇 日 (記入日) | | | | | | | |
| 被保険者の 住所 | 〒×××-×××× (日本国内の住所) 岡山市〇〇区〇〇..... | | | | | | |
| 氏名 | 健保 太郎 | | | | | | |
| 電話番号 | (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) | | | | | | |
| ※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。 | | | | | | | |

※振込希望銀行は日本国内の金融機関に限ります。

※被保険者の住所は、日本国内の連絡先を記載してください。支給(不支給)決定通知書をお送りします。

※海外療養費は実際に支払った金額がそのまま戻ってくるという制度ではありません。

実際に治療(処置)した内容に基づき、日本の医療保険にあてはめて点数化(算出)し、その額と現地で支
払った金額を比較し、低い方を基準に、7割(8割)(日本の保険給付割合)を給付します。

一般的に、海外での治療は日本に比べ高額です。「診療内容明細書」が算定の基準になりますので、具体的
に記載していただくよう、お医者様にお願いしてください。