

加入者の皆様へ

1. 海外療養費について

海外旅行、赴任中に病気やケガでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

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、はじめから治療目的で海外へ渡航した場合は支給対象外となります。

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)を差し引いた額を支給します。

※海外で支払った医療費の総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給額が大幅に少なくなることがあります。

なお、外貨で支払われた医療費については、支給決定を行う日の外国為替換算率(売りレート)により円に換算し、支給額を決定します。

3. 申請手続きについて

【申請手続きに必要な書類】

- ・健康保険療養費支給申請書
- ・様式A(診療内容明細書)および様式B(領収明細書)
[歯科診療の場合は、様式Bおよび様式C(歯科診療内容明細書)]
- ・領収書

様式A、B、Cともに、各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ証明をしてもらってください。また、それぞれの裏面に邦訳を添え、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載し、押印してください。

海外から申請するときは、事業主または日本に在住のご家族を経由して申請してください。カシオ健康保険組合からは、海外へ直接送金および通知書の送付を行えないため申請書には日本国内の住所および金融機関口座を記入してください。また、申請書の受取代理人の欄によりご本人以外に受け取りを委任することも可能です。

4. 申請期限について

海外で医療費の支払いをした日の翌日から数えて2年を経過すると、時効により申請ができなくなります。ご注意ください。

5. お願い

保険給付費の適正な処理のため、上記申請手続きに必要な書類以外に「パスポートの写し」等の提出をお願いする場合があります。ご理解いただき、ご協力お願いいたします。

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

同 年 月 日	年 月 日	＜ 備考 ＞ 支給決定日 年 月 日		月分		支給支払決議書		
支 給 額	百 万 拾 万 万 千 百 拾 円	外国為替換算 1() = 円				常務理事 事務長 担当者		
		療養に要した費用 (実費負担額)						
内 訳	法定給付	診療報酬算定額 (療養の給付)				資格取得 年 月 日		
	付加給付	一部負担金 (割)				資格喪失 年 月 日		

*申請者の捺印を押印してください



被保険者 カシオ健康保険組合 海外療養費支給申請書 (第 回目)
 家族 < 給付コード26 海外療養費 > 年 月 日

◎ 各欄とも記入した内容を訂正するときは、訂正印ではっきり訂正してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日		被保険者の氏名 と 印	
	記号	番号	昭和 平成	年 月 日	印	
	事業所名称		所属部署名			
	被保険者の住所		日中の連絡先		電話番号	
			メールアドレス:			
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合		氏名	生年月日	年 月 日	続柄
	傷病名		発病または負傷年月日(療養開始日)		年 月 日	
	発病または負傷の原因及びその経過		ケガの場合は、負傷原因記入欄(別紙B)も記入してください		第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は健保に連絡をお願いします	
	診療を受けた病院		名称	所在地		診察した医師の氏名
					電話番号	
	診療年月と(診療実日数)		年 月 (日間)	診療を受けた日を ○ または ◎ で囲んでください		外来(通院):○ 入院:◎
			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	診療に要した費用の額		(通貨単位)	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間
診療の内容		診療を受けた国名				
療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 海外赴任中に病気(またはケガ)でやむを得ず現地の医療機関で診療を受けたため <input type="checkbox"/> 海外旅行中に病気(またはケガ)でやむを得ず現地の医療機関で診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他 ()				
振込希望口座		銀行信用金庫	預金種別	普通	口座名義(カタカナ)	
(資格喪失者のみ記入)		支店出張所	当座	口座番号		

※ 任継者の方は、振込口座記入不要 (任継資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	被保険者 (申請者) 氏名	住所
受 取 人 情 報	(フリガナ)	
	代理人 氏名	委任者と代理人との関係
	住所	電話番号

健保受付日付印

注) 海外療養費の支給額は、健康保険法で日本国内の医療費を基準として算定されるため、現地病院で支払った額の7割(8割)が戻るわけではありません
 実際の支給額は支払った額の1割程度またはそれ以下になってしまう場合もあります
 海外療養費を支給する際の邦貨換算率は、為替相場の変動の著しい場合でも、支給決定日の換算率で算定します

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

B 負傷原因記入欄

負傷(ケガ)以外の方は提出不要です。

傷病の原因がケガの場合(骨折、打撲、捻挫、挫傷など)は記入して提出ください。

ケガをした原因について記入してください

< 該当する□にチェック(または■)を記入してください >

【負傷日時・場所等】

1 いつケガをしましたか

年 月 日 (曜日)

午前・ 午後 時 分頃

2 ケガをした日は次のうちどの日でしたか

出勤日・ 休日(休暇含む)・ 登校日

その他 ()

3 ケガをした時は次のうちどの時間帯でしたか

勤務時間中・ 通勤途中(出勤・ 退勤)

出張中・ 私用・ その他 ()

通学途中・ 授業中(部活動中)

4 ケガをした場所はどこでしたか

会社内・ 学校内・ 道路上・ 自宅

その他 ()

5 ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか

交通事故(自転車事故含む) → (自損・第三者)

暴力(ケンカ・暴行を受けた)

スポーツ中 (職場の行事・ 職場の行事外)

スポーツ中 (体育・部活・ その他)

動物による負傷 (飼い主 有・ 無)

あてはまらない

6 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか

相手 有 (あなたは 被害者・ 加害者)

無

※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります

【受診した医療機関】

7 診療を受けた病院名とその期間等

病院名

年 月 ~ 年 月 治癒・ 治療中

病院名

年 月 ~ 年 月 治癒・ 治療中

8 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください

9 被保険者が代表取締役等役員の方の場合、労災保険に加入していますか

加入有・ 加入無

被
保
険
者
が
記
入
す
る
と
こ
ろ

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









Ⓜ

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。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____		Age(Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male · Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____			3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days		
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper) (RIGHT)				(LEFT) (RIGHT)	
(Lower) (RIGHT)				(LEFT) (RIGHT)	
					
					
					
					

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

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) _____

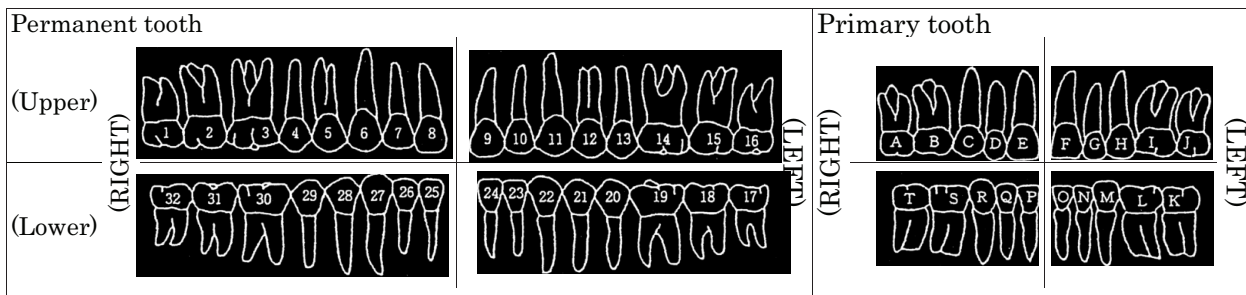
Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話