

支給 期間	自	年	月	日	取 得	年	月	日	伺い年月日	年	月	日	
	至	年	月	日	喪 失	年	月	日	常務理事	事務長	担当者		
	日間				受付NO								
支給額		円											

被保険者
家 族

海外療養費支給申請書（医科）

年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者等の 記号番号			被保険者の 氏 名								
	請求者の 現 住 所	〒										
	事業所名称											
	傷 病 名					発 病 ま た は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)					
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因	第三者の行為による傷病か はい・いいえ 届出の有無 ある・ない										
	診療を受けた 病院等の	国名				名 称						
		住所										
	診療の内容											
	診 療 の 期 間	通院	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	
		入院	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	
	治療に要した 費用の額								(貨幣単位)			
	換算レート ※健保記入											
	申請が被扶養者に関するときはその者の											
	氏 名				生 年 月 日	年 月 日生			被保険者 との続柄			

※在籍者は、受取代理委任欄を記入、喪失者の場合は支払金融機関欄を記入して下さい。

支払金融機関欄	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は以下の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
	フリガナ				フリガナ						
	口座名義 (登録氏名)				金融機関	銀行・農協 信用金庫 本店 労働金庫 支店					
	預金種別	普通 ・ 当座			口座番号						
受取代理委任欄	本請求に基づく給付の受領を代理人（事業主） _____ に委任致します。 申請者氏名 _____					受 付 印					

・ ・ 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.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

Form A
様式 A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female)
患者名 年令 (生年月日) 性別 (男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

(No. _____)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
初診日
4. Day of diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ hospitalization : From _____ , 20 _____ to _____ 20 _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
☐ Outpatient or Home Visit : _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____
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。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 様式 B による
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

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 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

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 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.

毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

4. If not in dollars, please specify the unit used.

ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Form B
様式 B

Itemized Receipt 領収明細書

(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 婦 費	\$
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$
(11) Medicines	医 薬 費	\$
(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(項目明記)	\$
		\$
(16) Total	合 計	\$

Unit is _____
貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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 : Last First Title
名前 姓 名 称号

Address : Home 自宅 Phone

住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature
日付 署名

■邦訳（様式 A）

2. 傷病名及び社会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

■邦訳（様式 B）

(15)その他（項目明記）

	翻訳者記入欄	
名前		印
住所	電話	

社会保険表章用国際疾病分類表

Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance

I 感染症及び寄生虫症

Certain infectious and parasitic diseases

0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases

0102 結核 Tuberculosis

0103 主として性的伝播様式をとる感染症

Infections with a Predominantly sexual mode of transmission

0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患

Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions

0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis

0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases

0107 真菌症 Mycoses

0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症

Sequelae of infectious and parasitic diseases

0109 その他の感染症及び寄生虫症

II 新生物 Neoplasms

0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach

0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon

0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物

Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum

0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物

Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts

0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物

Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung

0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast

0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus

0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma

0209 白血病 Leukaemia

0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms

0211 良性新生物及びその他の新生物

Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

0301 貧血 Anaemias

0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland

0402 糖尿病 Diabetes mellitus

0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の障害

Mental and behavioural disorders

0501 血管性及び詳細不明の痴呆

Vascular dementia and Unspecified dementia

0502 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害

Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む） Mood[affective] disorders

0505 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

Neurotic, stress-related and somatoform disorders

0506 精神遅滞 Mental retardation

0507 その他の精神及び行動の障害

Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system

0601 パーキンソン病 Parkinson's disease

0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease

0603 てんかん Epilepsy

0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

Cerebral palsy and other paralytic syndromes

0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system

0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

0701 結膜炎 Conjunctivitis

0702 白内障 Cataract

0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation

0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa

VIII 耳及び乳様突起の疾患

Diseases of the ear and mastoid process

0801 外耳炎 Otitis externa

0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear

0803 中耳炎 Otitis media

0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患

Other diseases of middle ear and mastoid

0805 メニエール病 Disorders of vestibular function

0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear

0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear

IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases

0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases

0903 その他の心疾患 Other froms of heart disease

0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage

0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage

0906 脳梗塞 Occlusion of percerebral and cerebral arteries

0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis

0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases

0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis

0910 痔核 Haemorrhoids

0911 低血圧 Hypotension

0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

<u>X</u>	<u>呼吸器系の疾患</u>	Diseases of the respiratory system
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ]	Acute nasopharyngitis [common cold]
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃腺	Acute pharyngitis and tonsillitis
1003	その他の急性上気道感染症	Other acute upper respiratory infections
1004	肺炎	Pneumonia
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	Acute bronchitis and bronchiolitis
1006	アレルギー性鼻炎	Vasomotor and allergic rhinitis
1007	慢性副鼻腔炎	Chronic sinusitis
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	Bronchitis, not specified as acute or chronic
1009	慢性閉塞性肺疾患	Chronic obstructive pulmonary disease
1010	喘息	Asthma
1011	その他の呼吸器系の疾患	Other diseases of respiratory system
<u>X I</u>	<u>消化器系の疾患</u>	Diseases of the digestive system
1101	う蝕	Dental caries
1102	歯肉炎及び歯周疾患	Gingivitis and periodontal diseases
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	Other disorders of teeth and supporting structures
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	Gastric and duodenal ulcer
1105	胃炎及び十二指腸炎	Gastritis and duodenitis
1106	アルコール性肝疾患	Alcoholic liver disease
1107	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	Chronic hepatitis, not elsewhere classified
1108	肝硬変（アルコール性のものを除く）	Liver cirrhosis not elsewhere classified
1109	その他の肝疾患	Other disorders of liver
1110	胆石症及び胆のう炎	Cholelithiasis and cholecystitis
1111	膵疾患	Diseases of pancreas
1112	その他の消化器系の疾患	Other diseases of digestive system
<u>X II</u>	<u>皮膚及び皮下組織の疾患</u>	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	Infections of the skin and subcutaneous tissue
1202	皮膚炎及び湿疹	Dermatitis and eczema
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue
<u>X III</u>	<u>筋骨格系及び結合組織の疾患</u>	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
1301	炎症性多発性関節障害	Inflammatory polyarthropathies
1302	関節症	Arthrosis
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	Spondylopathies
1304	椎間板障害	Intervertebral disc disorders
1305	頸腕症候群	Cervicobrachial
1306	腰痛症及び座骨神経痛	Low back pain and sciatica
1307	その他の脊柱障害	Other dorsopathies
1308	肩の障害	Shoulder lesions
1309	骨の密度及び構造の障害	Disorders of bone density and structure
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
<u>X IV</u>	<u>尿路性器系の疾患</u>	Diseases of the genitourinary system
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	Glomerular diseases

1402	腎不全	Renal failure
1403	尿路結石症	Urolithiasis
1404	その他の尿路系の疾患	Other diseases of urinary system
1405	前立腺肥大（症）	Hyperplasia of prostate
1406	その他の男性性器の疾患	Other diseases of male genital organs
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	Menopausal and postmenopausal disorders
1408	乳房及びその他女性性器の疾患	Other disorders of breast and female genital organs
<u>X V</u>	<u>妊娠、分娩及び産じょく</u>	Pregnancy, childbirth and the puerperium
1501	流産	Pregnancy with abortive outcome
1502	妊娠中毒症	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium
1503*	単胎自然分娩	Single spontaneous delivery
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく	Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
<u>X VI</u>	<u>周産期に発生した病態</u>	Certain conditions originating in the perinatal period
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	Disorders related to length of gestation and fetal growth
1602	その他の周産期に発生した病態	Others Certain conditions originating in the perinatal period
<u>X VII</u>	<u>先天奇形、変形及び染色体異常</u>	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
1701	心臓の先天奇形	Congenital anomalies of heart
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
<u>X VIII</u>	<u>症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの</u>	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
<u>X IX</u>	<u>損傷、中毒及びその他の外因の影響</u>	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
1901	骨折	Fracture
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	Intracranial damage and internal organ damage
1903	熱傷及び腐食	Burns and corrosions
1904	中毒	Poisoning
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
注：1503 番（＊印）は社会保険は適用されません。		
Important：No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.		

患者 (patient)

患者名 (Name of patient) _____

住所 (Address) _____

生年月日 (Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

ユニプレス健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、 _____ は、貴組合の職員又は貴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) を確認するため、申請書類の提供等によって、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。

To: UNIPRES Health Insurance Association

I (patient who has received treatment) authorize UNIPRES Health Insurance Association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者 (本人が未成年の場合)、成年後見人 (本人が成年被後見人の場合)、法定相続人 (本人が死亡している場合) が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 (Signature) _____

住所 (Address) _____

日付 (Date) Year _____ Month _____ Day _____

患者との関係 (Relation to the insured)

: 本人(Self) ・ 親権者(Guardian) ・ 法定相続人(Heir) ・ その他(Other) [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から 1年間です。

※ This agreement of authorization expires one year after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

海外療養費支給申請書類の作成について

○被保険者又はその家族が海外に在住中又は旅行中に負傷又は疾病にかかった場合の費用について、日本国内における保険診療の範囲内で払い戻しを受けることができます。
よって実際に支払った金額が支給の対象にはなりません。

給付対象	海外に在住中又は旅行中のケガ又は疾病
給付対象外	1. 治療目的で渡航した場合 2. 心臓や肺などの臓器移植 3. 性転換手術 4. 美容整形 5. 自然分娩 6. 交通事故などの第三者行為 7. 健康診断・定期的な検査・検診（病名がないもの） 8. 予防接種 9. 患者独自で購入した薬剤（医師の診断、処方に基かないもの） 10. インプラントなどの日本の保険診療扱いとならない歯科治療 11. 日本国内で保険適用となっていない医療行為 12. 業務上災害・通勤災害
支給額	・日本国内の医療機関で同じ疾病を治療した場合の治療費を基準に算定 ・海外での治療費と日本国内の治療費を比較し、安い方を金額から自己負担相当額（3割・未就学児2割）を差し引いた額を支給します。 ※現地支払額の7割（未就学児8割）が支給されるわけではなりません。 ・外貨で支払われた治療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算して支給額を算出します。
支給日	・ユニプレス㈱は、給与に含めて支払います。 ・ユニプレス㈱以外は、事業主を経由して支払います。 ※健保から海外への直接送金はできません。
申請から支給	海外療養費の審査には数か月お時間をいただきます。 （被保険者・医療機関等に照会することがあります。） ※通常であれば申請書が健保到着4か月後に支給となります。
受給権利の時効	・2年（時効起算日は治療費を支払った日の翌日）

○申請には以下の書類を準備してください。

①海外療養費支給申請書

※海外療養費支給申請書は受診者1名ごとに医科・歯科別、入院・外来別で作成が必要です。

②医師記入の診療内容明細書 医科・歯科用（様式A）とその邦訳

③医師または会計担当者記入の領収明細書（様式B）とその邦訳

※診療内容明細書（様式A）及び領収明細書（様式B）は、月毎（入院・外来）1枚ずつ証明が必要です。

④受診者の氏名が記入された領収書（原本）

※クレジット、小切手でお支払いの場合は、引き落としが確認できる書類を添付（写し可）

⑤海外渡航期間がわかる書類（パスポート：⑦氏名・顔写真⑧出入国スタンプのページ⑦⑧両方の写し）

⑥調査に関する同意書（海外での診療等を担当した医療機関に健保が照会することの同意書）

○邦訳手数料、明細書・領収書発行手数料は、申請者負担です。

申請書提出前にチェックをお願いします

必要書類が足りない場合また診療内容明細書の邦訳がされていない場合は、書類の返送または確認がとれるまで支給することができませんので、申請書を提出前に必ず確認をお願いします。

【提出前のチェック項目】

①海外療養費支給申請書

- ☐ 海外療養費支給申請書・領収明細書・領収書の金額が一致していますか？
- ☐ 海外療養費支給申請書は受診者 1 名ごとに医科・歯科別、入院・外来別で作成していますか？
- ☐ 海外療養費支給申請書はボールペンで記入していますか？
- ☐ 海外療養費支給申請書に被保険者等の記号・番号を記入していますか？
- ☐ 海外療養費支給申請書に現地通貨での合計金額を記入していますか？
- ☐ 在籍者が請求する場合は、「受取代理委任欄」に署名していますか？

②診療内容明細書（様式 A）領収明細書（様式 B）

- ☐ 診療内容明細書及び領収明細書は受診者 1 名毎に医科・歯科別、入院・外来別の受診月単位になっていますか？
- ☐ 領収明細書の項目ごとの金額は、添付の領収書金額及び海外療養費支給申請書に記入した金額と合っていますか？
- ☐ 診療内容明細書に医師の署名はありますか？

③領収書

- ☐ 領収書原本が添付されていますか？

（クレジット、小切手でお支払いの場合は、引き落としが確認できる書類を添付（写し可）

④海外渡航期間がわかる書類（パスポート等の写し）

- ☐ 受診者の海外渡航期間が記載されている書類が添付されていますか？
- ☐ パスポートを添付する場合、氏名・顔写真のページ、出入国スタンプのページを両方添付していますか。

⑤その他

- ☐ 調査に関する同意書を記入し添付されていますか？
- ☐ 海外療養費の申請は病院に費用を支払った翌日から数えて 2 年を経過するとできなくなります。
- ☐ 各書類（領収書含む）の邦訳がされていない場合は支給できませんので邦訳をお忘れなく。

海外で治療を受ける場合の留意点

健康保険では、保険医療機関などで直接医療サービスが受けられる「療養の給付」を原則としていますが、やむを得ない事情により療養の給付が受けられない場合であっても、健保組合が認めた場合は、事後に支払った医療費から自己負担額相当分を控除した額が「療養費」として払い戻されます。

『海外療養費』はその一つで、海外渡航中に急な病気でやむを得ず現地で治療を受けた場合、加入する健保組合に『海外療養費』支給申請手続きを行うことにより、海外で支払った医療費の一部を支払い戻します。

申請には、「診断内容明細書」「領収明細書」など健康保険組合の申請書に担当医等からの記載が必要となり、翻訳も必要となります。なお申請書作成に関しての手数料は全て自己負担となります。

『海外療養費の払い戻し額』

海外療養費は、原則として日本で医療を受けた場合の診療報酬点数に換算して算定され、（１）算定された額が、海外で実際に患者が支払った額（日本円に換算した額）を下回る場合には、算定した額から自己負担分（原則３割）を控除した額が払い戻されます。（２）算定した額が、海外で実際に患者が支払った額（日本円に換算した額）を上回る場合には、実際支払った額から自己負担分（原則３割）を控除した額が払い戻されます。

（例）



また、健康保険は日本国内で治療を受けることを原則としているため、日本国内で受けることが可能であるにもかかわらず、治療を目的として海外渡航し療養を行った場合には、「海外療養費」は支給しません。

また、日本国内で保険適用されていない医療行為（臓器移植・美容整形・性転換手術等）も対象外となります。

『海外の医療費は日本より高い国もある。』

海外療養費として払い戻されるのは、別紙「海外療養費の払い戻し」で説明したとおり実際に支払った額ではありませんから注意が必要です。例えば、日本で急性虫垂炎の治療を受けた場合、医療費総額が約 50 万円（手術・入院費含む）で 3 割負担なら、負担は 15 万円です。これに対して欧米諸国の医療費は概して高額です。米国で同様の治療を受けると約 4 万ドル（約 440 万円）で入院日数は 2 日程度。入院が長引けば 1 日当たり 1 万～2 万ドル（約 110 万～220 万円）加算されます。

こうした場合も、現地で支払った額の 7 割が払い戻されるのではなく、日本の急性虫垂炎の治療を受けた場合、医療費総額 50 万円の 7 割に当たる約 35 万円が支給されることとなります。また、歯の治療に対し、日本では保険適用外である材料を使用して治療するケースが多くみられますご注意ください。

『海外傷害保険に加入していれば、安心か？』

加入されている保険内容によりますが、支給対象とならない疾病もあります。

特に歯の治療に関する費用は、支給対象外というケースが多いようです。

必ず保険内容を確認しておきましょう。

上記のように、海外傷害保険に加入していれば全て治療費をフォローできるわけなく、また海外療養費は、自分が支払ったお金が全て返ってくる保障はありません。

日本国内で治療するのとは違うということを十分理解し、いざという時に備えてください。