

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（歯科）

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 時 (負傷の場合は 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 労働金庫 本店 支店				
	預金種別	普通 ・ 当座				口座番号					
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 Dentist

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 dentist
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、入力・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 Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

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 _____
傷病名

3. Date of First Diagnosis : _____, 20_____
初診日

4. Day of diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間

5. Localization of Teeth
部位

Permanent Teeth 永久歯																Deciduous Teeth 乳歯									
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									
R L																R 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									

Tooth No. of Letter	Dental Treatment (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used. ETC.)	Date

6. Name and Address of Attending Dentist
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 Dentist 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

Request to Attending Dentist 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 dentist 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、入力・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

Dental Treatment 歯科治療		Localization of Teeth Examined 看歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1)	Fee for Initial Office Visit	初 診 料		\$
(2)	Fee for follow-up Office Visit	再 診 料		\$
(3)	X-Ray Examinations	X 線 検 査 費		\$
(4)	Laboratory Tests	諸 検 査 費		\$
(5)	Scaling	歯 石 除 去		\$
(6)	Root canal Treatment	根 管 治 療		\$
(7)	Extraction	抜 歯		\$
(8)	Filling	充 填		\$
(9)	Inlay	イ ン レ ー		\$
(10)	Metal Crown	金 属 冠		\$
(11)	Post Crown	継 続 歯		\$
(12)	Jacket Crown	ジャケット冠		\$
(13)	Bridge Work	ブ リ ッ ジ		\$
(14)	Plate Denture	有 床 義 歯		\$
(15)	Medicines	医 薬 費		\$
(16)	The others (Specify)	そ の 他 (特 記)		\$
				\$
				Unit is _____
				貨幣単位
(17)	Total	合 計		\$

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 dentist / 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 _____
日付

Signature _____
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

5. 部位（症状の概要）

■邦訳（様式 B）

(16)その他（項目明記）

	翻訳者記入欄
名前	印
住所	電話

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名ごとに医師・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 名ごとに医師・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）

- ☐ 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？

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。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。