

【メール提出不可】

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書（海外療養費）

被 保 険 者 （ 社 員 ） 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	—		被保険者の氏名									
	Global ID												
	事業所の名称			生年月日									
	傷病名			発病又は負傷の 年月日	年	月	日						
	発病又は負傷の原因			第三者行為によるもの	はい ・ いいえ ※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。								
	診療期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数		入院又は外 来	入院・外来
	診療内容			診療に要した費 用の全額									
	渡航の期間	年		月	日	～	年		月	日			
	渡航国名												
	通貨の名称 (US\$など)												
	家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の氏名	続柄()		家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の生年月日		年		月	日				
	本件給付金を上記のとおり申請します。 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。(※) 被保険者の住所 〒 被保険者の氏名 A I G 健康保険組合理事長 殿 (※) 給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込)												

* この申請書に必要な事項をご記入の上、下記書類を添えて提出して下さい。(裏紙での申請不可)
・ 詳しくは別紙「海外療養費の支給申請について」を参照下さい。

添 付 書 類

- ① 診療内容明細書（原本）
診療を受けた海外の医療機関で医師の証明を受けてください。
- ② 領収明細書（原本）
診療を受けた海外の医療機関で記入してもらってください。
- ③ 医療機関等の領収証（原本）
- ④ 上記①②の日本語訳（翻訳者の氏名・住所・電話番号必須）
- ⑤ 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- ⑥ 調査に関わる同意書

受 付 印

注 意

受診者ごとに診療月別、通院と入院別、医療機関ごとに1枚作成してください。

提 出 先

(社) ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。
住所：〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当宛て
任意継続者の方は直接、AIG健康保険組合に送付して下さい。

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 _____年____月____日
・Starting date of medication Year _____Month _____Day _____

・患者

(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年____月____日

・Patient

(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____Month _____Day _____

AIG 健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____ (は、AIG 健康保険組合の職員又は AIG 健康保険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)を確認する為、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。

(氏名 自署) _____
(日付) _____年____月____日_____

To: AIG Health Insurance Association

I(patient who has received treatment)authorize AIG 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.

(Signature) _____
(Date) Year _____Month _____Day _____

海外療養費の支給申請について

当健保に加入している被保険者やその被扶養者が海外に在住中、または旅行中に傷病のため海外の医療機関で治療を受けた場合の費用は、申請により後日払い戻されます。

ただし、日本と海外では、保険診療対象となる医療行為の範囲が異なるため、実際に払い戻される額は、支払った費用のすべてを対象としたものではありません。

日本国内で健康保険適用が認められていない治療や医療行為・医療材料等は支給対象外となります。また、治療を目的として海外渡航した場合の治療費も支給対象外となります。

海外の病院で発行された「診療内容明細書」「領収明細書」に基づき、その医療行為が日本国内での保険診療対象となっている分について、払い戻されます。

支給額を算定するために必要となりますので、必ず「診療内容明細書」「領収明細書」をもらっておいてください。

※日本の保険診療は諸外国と比べると圧倒的に安く、また歯科治療については日本国内においても保険適用範囲が非常に狭く払い戻される額は、かなり少ないものと思われます。

例えば、海外で歯科治療をして5万円かかっても、その治療を日本の保険診療で行なった場合には5000円で済むと考えられる場合には、5000円に対しての保険給付しか受けられません。

(3割負担の場合には、5000円の7割分3500円が保険給付となります)

●海外で受診したときは、下記の書類を添えて、健康保険組合に申請してください。

1.【健康保険組合への提出書類】

- (1)「療養費支給申請書」… 必要事項をご記入ください。
 - (2)「調査に関わる同意書」… 必要事項をご記入ください。
 - (3)「診療内容明細書」… 診療を受けた海外の医療機関で医師の証明を受けてください。
 - (4)「領収明細書」… 診療を受けた海外の医療機関で記入してもらってください。
 - (5)領収書(原本) … ※薬剤の処方がある場合は、薬局等発行の領収書も提出のこと。
 - (6)診療内容明細書・領収明細書の日本語訳文 … 翻訳者の住所、氏名、電話番号の記入が必要です。
 - (7)旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- ※受診者ごと、医療機関(医科・歯科別)ごと、入院・外来ごと、治療が2ヶ月以上にわたるときは、月ごとに1式ずつ必要です。
- ※現地の薬局で医師の処方箋により薬剤等を購入した場合は、診察料と一緒に薬剤費も申請してください。

2.【提出先】

(社)ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。

住所: 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階 社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て

任意継続者は、健康保険組合宛 〒130-0013 東京都墨田区錦糸3丁目2-1 アルカイスト5F

3.【支給方法 及び 通知方法】

- ・毎月末日健保受付へ 翌々月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌々月20日登録口座へ振込み)
 - ・任意継続者、退職者には郵送
- ※給与明細には「健保給付金」の名称で記載されます。

4.【申請期限】

申請期限は医療機関にその医療費を支払った日の翌日から起算して、2年以内です。

それを経過すると、時効により請求権がなくなります。

5.【その他】

- * 支給額の算定に用いる換算率は、支給決定日の換算率を用います。
- * 海外療養費の申請書は、社内イントラまたは当組合ホームページ(<http://www.aigkenpo.or.jp/>)からダウンロード出来ます。
- * 裏紙での申請や提出書類に不備・不足がある場合は、申請を受付けることができませんのでご注意ください。

Request to Attending Physician

ご担当医へのお願い

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.
この様式には担当医が記入のうえ、署名をして下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、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 年齢 (生年月日) 性別 (男 • 女)

 2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the sheets of Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____ (No. _____)
 3. Date of First Diagnosis : D / M / Y 4. Duration of Treatment : _____ days
初診日 日/月/年 診療日数 日
 5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization: From _____, to _____ (_____ days)
入院 自 至 日間
☐ Out patient 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。 はい いいえ
 9. Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B
 10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

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

ご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.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式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 | 職業看護師費 | \$ _____ |
| (9) X-ray examination | 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) Medication** 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) Others (specify) | その他(項目明記) | |

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

- (16) Total 合計 \$ _____ Unit is _____ 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係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 名前 Lasts 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

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 _____

日本文訳

「診療内容明細書（医科用）」について、英文で記載された以下の該当項目を日本文に訳してください。

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

氏名_____

住所_____

電話_____

日本文訳

「領収明細書（医科用）」について、英文で記載された以下の該当項目を日本文に訳してください。

(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

氏名_____

住所_____

電話_____

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
健康保険用国際疾病分類表

A I G 健康保険組合

※「診療内容明細書」「歯科診療内容明細書」作成の際、参考資料となりますので、医師に提示してください。

No. 病類番号	Diseases	病 名
I	Certain infectious and parasitic diseases	感染症及び寄生虫症
0101	Intestinal infectious diseases	腸管感染症
0102	Tuberculosis	結核
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission	主として性的伝播様式をとる感染症
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions	皮膚および粘膜の病変を伴うウィルス疾患
0105	Viral hepatitis	ウィルス肝炎
0106	Other viral diseases	その他のウィルス疾患
0107	Mycoses	真菌症
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
0109	Other infectious and parasitic diseases	その他の感染症及び寄生虫症
II	Neoplasms	新生物
0201	Malignant neoplasm of stomach	胃の悪性新生物
0202	Malignant neoplasm of colon	結腸の悪性新生物
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum	直腸 S 状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	肝及び肝内胆管の悪性新生物
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung	気管・気管支及び肺の悪性新生物
0206	Malignant neoplasm of breast	乳房の悪性新生物
0207	Malignant neoplasm of uterus	子宮の悪性新生物
0208	Malignant Lymphoma	悪性リンパ腫
0209	Leukaemia	白血病
0210	Other Malignant neoplasms	その他の悪性新生物
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms	良性新生物及びその他の新生物
III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
0301	Anaemias	貧血
0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	内分泌、栄養及び代謝疾患
0401	Disorders of thyroid gland	甲状腺障害
0402	Diabetes mellitus	糖尿病
0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism	その他の内分泌・栄養及び代謝疾患
V	Mental and behavioural disorders	精神及び行動の障害
0501	Vascular dementia and Unspecified dementia	血管性及び詳細不明の痴呆
0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use	精神作用物質使用による精神及び行動の障害
0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0504	Mood [affective] disorders	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）
0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders	神経性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害
0506	Mental retardation	知的障害（精神遅滞）
0507	Other psychoses and disorders of action	その他の精神及び行動の障害
VI	Diseases of the nervous system	神経系の疾患
0601	Parkinson's disease	パーキンソン病
0602	Alzheimer's disease	アルツハイマー病
0603	Epilepsy	てんかん
0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0605	Disorders of autonomic nervous system	自律神経系の障害
0606	Others	その他の神経系の疾患

No. 病類番号	Diseases	病 名
VII	Diseases of the eye and adnexa	眼及び付属器の疾患
0701	Conjunctivitis	結膜炎
0702	Cataract	白内障
0703	Disorders of refraction and accommodation	屈折及び調節の障害
0704	Other diseases of the eye and adnexa	その他の眼及び付属器の疾患
VIII	Diseases of the ear and mastoid process	耳及び乳様突起の疾患
0801	Otitis externa	外耳炎
0802	Other disorders of external ear	その他の外耳疾患
0803	Otitis media	中耳炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid	その他の中耳及び乳様突起の疾患
0805	Disorders of vestibular function	メニエール病
0806	Other diseases of inner ear	その他の内耳疾患
0807	Other disorders of ear	その他の耳疾患
IX	Diseases of the circulatory system	循環器系の疾患
0901	Hypertensive diseases	高血圧性の疾患
0902	Ischaemic heart diseases	虚血性心疾患
0903	Other forms of heart disease	その他の心疾患
0904	Subarachnoid hemorrhage	くも膜下出血
0905	Intracerebral hemorrhage	脳内出血
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries	脳梗塞
0907	Cerebral arteriosclerosis	脳動脈硬化（症）
0908	Other cerebrovascular diseases	その他の脳血管疾患
0909	Atherosclerosis	動脈硬化（症）
0910	Haemorrhoids	痔核
0911	Hypotension	低血圧症
0912	Other disorders of circulatory system	その他の循環器系の疾患
X	Diseases of the respiratory system	呼吸器系の疾患
1001	Acute nasopharyngitis (common cold)	急性鼻咽頭炎〔かぜ〕（感冒）
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis	急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺炎
1003	Other acute upper respiratory infections	その他の急性上気道感染症
1004	Pneumonia	肺炎
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis	急性気管支炎及び急性細気管支炎
1006	Vasomotor and allergic rhinitis	アレルギー性鼻炎
1007	Chronic sinusitis	慢性副鼻腔炎
1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic	急性又は慢性と明示されない気管支炎
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases	慢性閉塞性肺疾患
1010	Asthma	喘息
1011	Other diseases of respiratory system	その他の呼吸器系の疾患
XI	Diseases of the digestive system	消化器系の疾患
1101	Dental caries	う蝕
1102	Gingivitis and periodontal diseases	歯肉炎及び歯周疾患
1103	Other disorders of teeth and supporting structures	その他の歯及び歯の支持組織の障害
1104	Gastric and duodenal ulcer	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
1105	Gastritis and duodenitis	胃炎及び十二指腸炎
1106	Alcoholic liver disease	アルコール性肝疾患
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
1108	Liver cirrhosis	肝硬変（アルコール性のものを除く）
1109	Other disorders of liver	その他の肝疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis	胆石症及び胆のう炎
1111	Diseases of pancreas	膵疾患
1112	Other diseases of digestive system	その他の消化器系の疾患
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue	皮膚及び皮下組織の疾患
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue	皮膚及び皮下組織の感染症
1202	Dermatitis and eczema	皮膚炎及び湿疹
1203	Others	その他の皮膚及び皮下組織の疾患

No. 病類番号	Diseases	病 名
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	筋骨格系の結合組織の疾患
1301	Inflammatory polyarthropathies	炎症性多発性関節障害
1302	Arthrosis	関節症
1303	Spondylopathies	脊椎障害（脊椎症を含む）
1304	Intervertebral disc disorders	椎間板障害
1305	Cervicobrachial syndrome	頸腕症候群
1306	Low back pain and sciatica	腰痛症及び坐骨神経痛
1307	Other dorsopathies	その他の脊柱障害
1308	Shoulder lesions	肩の障害（損傷）
1309	Disorders of bone density and structure	骨の密度及び構造の障害
1310	Other diseases of skeletal muscles and connective tissues	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
X IV	Diseases of the genitourinary system	腎尿路性器系の疾患
1401	Glomerular diseases	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1402	Renal failure	腎不全
1403	Urolithiasis	尿路結石症
1404	Other diseases of urinary system	その他の尿路系の疾患
1405	Hyperplasia of prostate	前立腺肥大（症）
1406	Other diseases of male genital organs	その他の男性生殖器の疾患
1407	Menopausal and postmenopausal disorders	月経障害及び閉経周辺期障害
1408	Other disorders of breast and female genital organs	乳房及びその他の女性生殖器の疾患
X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium	妊娠、分娩及び産じょく
1501	Pregnancy with abortive outcome	流産
1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium	妊娠高血圧症候群
※1503	Single spontaneous delivery Important: This is not covered by the social Insurance.	単胎自然分娩 ※健康保険は適用されません。
1504	Others	その他の妊娠・分娩及び産じょく
X VI	Certain conditions originating in the perinatal period	周産期に発生した病態
1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth	妊娠及び胎児発育に関連する障害
1602	Others	その他の周産期に発生した病態
X VII	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	先天奇形、変形及び染色体異常
1701	Congenital anomalies of heart	心臓の先天奇形
1702	Others	その他の先天奇形・変形及び染色体異常
X VIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	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
1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	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
X IX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	損傷、中毒及びその他の外因の影響
1901	Fracture	骨折
1902	Intracranial damage and internal organ damage	頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1903	Burns and corrosions	熱傷及び腐食
1904	Poisoning	中毒
1905	Others	その他の損傷及びその他の外因の影響