

海外療養費を申請される方へ（医科）

申請に必要な書類と記入上の注意

1. 海外療養費・家族療養費支給申請書

- ・ 本人が記入する用紙です。

2. 診療内容明細書

- ・ 医師に記入してもらう用紙です。医師の署名が必要です。
- ・ 外国語で書かれている場合は、必ず邦訳（別紙）をつけてください。

3. 領収明細書

- ・ 医師が記入する用紙です。医師の署名が必要です

4. 別紙邦訳書

- ・ 「診療内容明細書」の「2.傷病名および社会保険表章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」についての邦訳を記入してください。

5. 領収書

- ・ 患者名、日付、金額が明確なものを提出してください。（コピー不可）
- ・ 外国語で書かれている場合は、原本をコピーして、コピーに対し必ず邦訳と翻訳者名を記入してください。

6. 調査に関わる同意書（海外療養費）、及び署名・押印欄

- ・ 本人が記入する用紙です。
- ・ 同意書の有効期間は署名日から1年間のため、1年以内に再度提出される場合は不要です。

- * 上記1～5は一ヶ月、一病院、一診療科目（入院、外来別、各診療科別）ごとにそれぞれ必要です。
- * 海外療養費の請求は、病院に費用の支払いをした日から数えて2年を経過すると時効となり、請求できません。
- * 発病の原因が業務上、又は通勤途上の事故によるものである場合は、労災保険になり、健保組合からは支給できません。
- * 業務出張や海外赴任中の発病・負傷については、各会社の海外渡航担当者に書類をご提出ください。

7. 海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート等）の写し

- * 業務都合で海外赴任している場合は提出不要。

- ◎申請上の注意
- この申請をする時は、療養の給付を受けられなかった理由を詳細記入し、医師から診療費領収明細書の記入及び領収印を受け、領収書原本と共に組合に提出してください。
 - この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を○で囲み、家族である場合は「家族」を○で囲んで下さい。
 - 家族申請の場合は、「被扶養者の氏名・生年月日・続柄」欄も記入して下さい。
 - 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明」のほか、これに要した費用の領収書を添付してください。

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額	法定付加	円	円			
支給期間		自	令和	年	月	日
		至	令和	年	月	日
備考						

被保険者 海外療養費支給申請書
家 族

被保険者証の記号番号	記号 番号	事業所の名称	
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
診療または手当てを受けた医療機関の名称・所在地および医師の名前	名称	所在地及び電話番号	
	氏名		
診療または手当の内容	入院期間：自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 コルセット装着日： 令和 年 月 日		
診療手当を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	診療又は手当に要した費用 (現地通貨単位)	
療養の給付を受けられなかった理由			
傷病が第三者の行為に因る時はその事実及び加害者の住所・氏名 その事実の届出の有無			
被扶養者に関する申請のとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄
		昭・平・令 年 月 日	

上記のとおり申請します
令和 年 月 日

BIPROGY健康保険組合 御中

上記金額受領方を 委任します

被保険者 〒
住 所
氏 名 (印)
電 話

振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO.

記入例

注)

1. 提出先: 業務出張・海外赴任の場合→事業主
それ以外の場合 →健保
2. 記入間違いの際は、二重線を引き訂正印を捺印の上、修正してください。

支給期間	至 令和 年 月
備考	

いずれか○で囲む
被保険者←本人が対象の場合
家族 ←被扶養者が対象の場合

<在籍者の場合>
→本籍会社名を記入

<任継・特例の場合>
→“任意継続”または
“特例退職”と記入

(被保険者) 海外療養費支給申請書

被保険者の保険証に印字されている記号と番号を記入

被保険者の保険証に印字されている資格取得年月日を記入

<発病又は負傷原因が不明の場合>
→「不明」という記入でも可

被保険者証の記号番号	記号 番号	事業所の名称	BIPROGY株式会社
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
療または手当を受けた医療機関の名称・所在地および医師の名前	名称 氏名	所在地及び電話番号	
診療または手当の内容	入院期間: 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 コルセット装着日: 令和 年 月 日		
診療手当を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	診療又は手当に要した費用 (現地通貨単位)	
療養の給付を受けられなかった理由	海外で治療を受けた理由を記入。 * 業務出張等以外の場合は海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写しを添付。		
傷病が第三者の行為に因る時はその事実及び加害者の住所・氏名 その事実の届出の有無			
被扶養者に関する申請のとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄
		昭・平・令 年 月 日	

<対象者が被扶養者の場合>
→被扶養者情報を記入

<在籍者の場合>
→本籍会社名を記入

<任継・特例の場合>
→記入不要

〒、被保険者の住所、氏名、電話番号、を記入。
捺印も忘れずに(シャチハタ可)

とおり申請します

令和 5 年 10月 10日

BIPROGY健康保険組合 御中

上記金額受領方を BIPROGY株式会社 に委任します

被保険者 〒

住 所

氏 名

電 話

豊洲

振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO.

健保へ提出する日を記入

<在籍者の場合>
→記入不要

<任継・特例の場合>
→保険料引落口座を記入

この申請書に記入した個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。

- 1 . This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は、社会保険の給付の申請に使用されます。
- 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, one form for hospitalization / outpatient and home visit
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

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 Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号(別紙参照)
- 3 . Date of First Diagnosis _____, 20 _____
初診日
- 4 . Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
- 5 . Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization : From _____, 20 _____ to _____, 20 _____ (_____ days)
入院自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
Out patient or Home Visit : _____, 20 _____, 20 _____
入院外 _____, 20 _____, 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
治療は事故の障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 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ 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 _____

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 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 (特 記 せ よ)	\$	\$
		\$	\$
(16) 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 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

Address : Home 自宅 Phone

住所 : Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature
日付 署名

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

<p><u>感染症及び寄生虫症</u> Certain infectious and parasitic diseases</p> <p>0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases</p> <p>0102 結核 Tuberculosis</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis</p> <p>0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases</p> <p>0107 真菌症 Mycoses</p> <p>0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症 Sequelae of infectious and parasitic diseases</p> <p>0109 その他の感染症及び寄生虫症</p> <p><u>新生物 Neoplasms</u></p> <p>0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach</p> <p>0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon</p> <p>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</p> <p>0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts</p> <p>0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung</p> <p>0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast</p> <p>0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus</p> <p>0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma</p> <p>0209 白血病 Leukaemia</p> <p>0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms</p> <p>0211 良性新生物及びその他の新生物 Other benign neoplasms and other neoplasms</p> <p><u>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</u> Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism</p> <p>0301 貧血 Anaemias</p> <p>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</p> <p><u>内分泌、栄養及び代謝疾患</u> Endocrine, nutritional and metabolic diseases</p> <p>0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland</p> <p>0402 糖尿病 Diabetes mellitus</p> <p>0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism</p> <p><u>精神及び行動の傷害</u> Mental and behavioural disorders</p> <p>0501 血管性及び詳細不明の痴呆 Vascular dementia and Unspecified dementia</p>	<p>0502 精神作用物質使用による精神及び行動の傷害 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</p> <p>0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders</p> <p>0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む） Mood[affective] disorders</p> <p>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</p> <p>0506 精神遅滞 Mental retardation</p> <p>0507 その他の精神及び行動の障害 Other psychoses and disorders of action</p> <p><u>神経系の患者 Diseases of the nervous system</u></p> <p>0601 パーキンソン病 Parkinson's disease</p> <p>0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease</p> <p>0603 てんかん Epilepsy</p> <p>0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 Cerebral palsy and other paralytic syndromes</p> <p>0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system</p> <p>0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system</p> <p><u>眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa</u></p> <p>0701 結膜炎 Conjunctivitis</p> <p>0702 白内障 Cataract</p> <p>0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation</p> <p>0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa</p> <p><u>耳及び乳様突起の疾患</u> Diseases of the ear and mastoid process</p> <p>0801 外耳炎 Otitis externa</p> <p>0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear</p> <p>0803 中耳炎 Otitis media</p> <p>0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患 Other diseases of middle ear and mastoid</p> <p>0805 メニエール病 Disorders of vestibular function</p> <p>0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear</p> <p>0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear</p> <p><u>循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system</u></p> <p>0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases</p> <p>0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases</p> <p>0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease</p> <p>0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage</p> <p>0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage</p> <p>0906 脳梗塞 Occlusion of per cerebral and cerebral arteries</p> <p>0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis</p> <p>0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases</p> <p>0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis</p> <p>0910 痔核 Haemorrhoids</p> <p>0911 低血圧 Hypotension</p> <p>0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system</p>
---	---

呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system	1402 腎不全 Renal failure
1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]	1403 尿路結石症 Urolithiasis
1002 急性咽頭炎及び急性扁桃腺 Acute pharyngitis and tonsillitis	1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system
1003 その他の急性上気道感染症Other acute upper respiratory infections	1405 前立腺肥大(症) Hyperplasia of prostate
1004 肺炎 Pneumonia	1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs
1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎Acute bronchitis and bronchiolitis	1407 月経障害及び閉経周辺期障害 Menopausal and postmenopausal disorders
1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis	1408 乳房及びその他女性性器の疾患 Other disorders of breast and female genital organs
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	妊娠、分娩及び産じょく Pregnancy, childbirth and the puerperium
1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease	1501 流産 Pregnancy with abortive outcome
1010 喘息 Asthma	1502 妊娠中毒症 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium
1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system	1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
消化器系の疾患 Diseases of the digestive system	1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
1101 う蝕 Dental caries	周産期に発生した病態 Certain conditions originating in the perinatal period
1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases	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
1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害 Other disorders of teeth and supporting structures	1602 その他の周産期に発生した病態 Others Certain conditions originating in the perinatal period
1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer	先天奇形、変形及び染色体異常 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis	1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease	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
1107 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) Chronic hepatitis, 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 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
1108 肝硬変(アルコール性のものを除く) Liver cirrhosis 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
1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver	損傷、中毒及びその他の外因の影響 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis	1901 骨折 Fracture
1111 膵疾患 Diseases of pancreas	1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 Intracranial damage and internal organ damage
1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system	1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions
皮膚及び皮下組織の疾患 Diseases of the skin and subcutaneous tissue	1904 中毒 Poisoning
1201 皮膚及び皮下組織の感染症 Infections of the skin and subcutaneous tissue	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
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	
筋骨格系及び結合組織の疾患 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	
尿路性器系の疾患 Diseases of the genitourinary system	
1401 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 Glomerular diseases	

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.

邦訳 (医科)

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 疾病の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 記 入 欄	
名前	⑩/サイン
住所	電話 _____

調査に関わる同意書（海外療養費）

Agreement of Authorization

日本語、英語いずれの欄もご記入願います。英語欄につきましては、日本語欄の相当する部分と同じ内容をローマ字・数字でご記入ください。

・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 _____

B I P R O G Y健康保険組合 御中

私（療養を受けた者） _____ は、B I P R O G Y健康保険組合の職員又はB I P R O G Y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: BIPROGY Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize BIPROGY Health Insurance Society 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・押印欄 Signature

署名・押印は、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、押印して下さい。

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) _____ 印
(住所) _____
(記入日) _____年_____月_____日
(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から 1 年間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Fill-in Date) Year _____Month_____Day_____
(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other [_____]

※ 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.