

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血)

療

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	①	被保険者証の 記号および番号 (左づめ)										
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)									
	③	生年月日	昭 和 平 成	年	月	日						
	④	住 所	郵便番号	-	電話番号 (日中の連絡先)	()						
			都	道	府	県						

⑤ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他()									
	預金種別	普通 当座 その他()			カタカナでご記入ください。						
	口座番号				口座名義						
		<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 支店(支所) ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。									

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。

⑥ 受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日									
		氏名	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ								
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)				被保険者との 関係				
		住所	(郵便番号 -)			電話番号 (日中の連絡先)	()				

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

--

R4.1

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑦	受診者 ※被保険者の場合、 ⑦の記入は不要です。	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	⑧	傷病名		発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日						
	⑨	発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → 発病の原因および経過 <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。											
	⑩	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名								
			医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名								
	⑪	診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数	日間
			上記の期間に入院していた場合は、その期間											
	⑫	診療に要した費用の額	円 海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単位をご記入ください。 (国名：) (通貨単位：)											
	⑬	診療の内容												
	⑭	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 (理由)											

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑦	受診者 ※被保険者の場合、 ⑦の記入は不要です。	氏名	船保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	30年 1月 23日	
	⑧	傷病名	左足首捻挫		発病または 負傷年月日	昭和 平成 令和	0年 7月 12日	
	⑨	⑥ 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → 発病の原因および経過 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。					
	⑩	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地	診察した医師等の氏名			
			〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	〇〇 〇〇			
	⑪	⑦ 診療を受けた期間	令和	〇〇年 〇7月 12日	から	令和	〇〇年 〇7月 14日	まで 2日 日間
			上記の期間に入院していた場合は、その期間					
	⑫	⑧ 診療に要した費用の額	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日	まで 日 日間
			9,600 円 海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単位をご記入ください。 (国名:) (通貨単位:)					
	⑬	⑬ 診療の内容	病院で診察を受け、薬を処方された。					
	⑭	⑭ 療養費の支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 理由					

6
病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。)
ケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を添付してください。

7
診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。
日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

8
領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなった場合は、生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

添付書類をご用意ください。

医療費を自費で支払ったとき (立替払)	<ul style="list-style-type: none"> ●診療内容を記載した証明書 診療明細書（傷病名の記載があるもの） ●領収書（領収明細書）の原本 診療に要した費用を証明した領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の保険証を使用したため、医療費の返還を行ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書（封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。） ●領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本
限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ●限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 上記の証をお持ちでない場合で、被保険者が市区町村民税非課税の場合は、マイナンバー記入欄にマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。詳しくは、1ページをご覧ください。 ●領収書の原本 食事療養について支払った費用を証明した領収書の原本
生血液を輸血したとき	<ul style="list-style-type: none"> ●輸血証明書 輸血回数が記載されたもの ●領収書の原本 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている領収書の原本
▼ 上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。	
ケガ（負傷）による申請の場合	●負傷原因届 ※
第三者による傷病の場合	●「第三者行為による傷病届」 ※
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> ●亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等
臍帯血を搬送した場合等	<ul style="list-style-type: none"> ●領収書の原本 搬送に要した費用を証明した領収書の原本 ●以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送元・区間（詳細な経路）・期間・回数

※ホームページから印刷できます。（印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。）

療養費の支給要件等

支給を受ける条件

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、次に該当する場合に、船員保険部がやむを得ないと認めたときに療養費が支給されます。

- 1 保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- 2 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず船員保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- 3 船員保険の加入期間に、資格がなくなった他の保険者（国民健康保険など）の保険証を使用して診療等を受け、医療費の返還を行ったとき
- 4 限度額適用・標準負担額減額認定証（※）を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
※被保険者の市区町村民税が非課税である場合、船員保険部に負担額減額申請を行うことで発行される医療費（自己負担額）や入院時の食事代が減額される認定証です。
- 5 生血液の輸血を受けたとき（保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません。）
- 6 臍帯血等を搬送したとき

支給額

申請書に添付された診療報酬明細書等により、船員保険部が「健康保険の療養に要する費用の額の算定方法（診療報酬点数表）」に基づき計算した額から、一部負担金等相当額（加入者が負担すべき額）を差し引いた額が、療養費として支給されます。

実際に支払った額（返還した額）の中に保険診療が認められていない処置や薬剤、病気の予防を目的とする予防注射等の費用が含まれている場合は、療養費の計算から除かれます。

実際に支払った額	
一部負担金等相当額	払いもどされる額（療養費）

保険診療が認められないものは支給計算の対象外となります。

臍帯血等を搬送したときは、この算定方法によりません。詳細は船員保険部へお問い合わせください。

記入例

療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血) **療**

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	① 被保険者証の記号および番号(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
	② 被保険者の氏名(申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎
	③ 生年月日	昭和 平成 3 1 0 2 1 1 日
	④ 住所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号(日中の連絡先) 0 3 (××××) 0000 東京 (都) 千代田区富士見 2-7-2

⑤ 振込希望口座	金融機関名称	〇 〇 (銀行) (信金) (労働) (信連連) (農協) (漁協) (その他)	□ □ (本店(本前)) (出張所) (代理店) (支店(支所))
	預金種別 (普通) (当座) (その他)	カタカナでご記入ください。	
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	センボ タロウ

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。

⑥ 受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ)	住所 [被保険者欄④]の住所と同じ
	住所	(郵便番号 -) (電話番号(日中の連絡先) ())	被保険者との関係

⑤ 被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

船員保険 被保険者証 本人(被保険者)
記号 1234567890 番号 123
氏名 船保 太郎
保険者番号 02130011
保険者名称 全国健康保険協会船員保険部
保険者所在地 千代田区富士見 2-7-2

2 船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、③欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3 ご希望の振込希望口座をご記入ください。
預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。

4 ②の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

5 ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{*1} 貼付台紙^{*2} に⑦④どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類 (いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ④ 番号確認を行うための書類 (いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

^{*1} 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。
^{*2} 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング 14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険

検索

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑦	受診者 ※被保険者の場合、 ⑦の記入は不要です。	氏名	船保 花子		生年月日	昭和 平成 令和	30	年	1	月	23	日							
	⑧	傷病名	右膝関節靭帯損傷			発病または 負傷年月日	昭和 平成 令和	〇	年	5	月	4	日							
	⑨	⑥ 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → 発病の原因および経過 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。																	
	⑩	診察を受けた医療機関等	医療機関の名称	〇〇総合病院		医療機関の所在地	東京都〇〇区〇〇		診察した医師等の氏名	〇〇 〇〇										
			医療機関の名称			医療機関の所在地			診察した医師等の氏名											
	⑪	診察を受けた期間	令和	〇〇	年	05	月	04	日	から	令和	〇〇	年	05	月	04	日	まで	1	日数
			上記の期間に入院していた場合は、その期間																	
	⑫	診察に要した費用の額	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日	まで		日数
			26,500 円 海外で診察を受けた場合は、国名と通貨単位をご記入ください。 (国名:) (通貨単位:)																	
	⑬	診察の内容	右膝用の装具を作成した。																	
	⑭	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 (理由:)																	

6 病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。)
ケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を添付してください。

7 治療用装具を装着した日をご記入ください。
※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。

8 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなった場合は、生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

添付書類をご用意ください。（コピーと指定していないものは、原本が必要です。）

治療用装具の場合	●医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）および装具装着証明書」または医師から記入・証明を受けた「意見および装具装着証明書」
弾性着衣の場合	●医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」
小児用弱視等の治療用眼鏡等の場合	●医療機関等が発行した「眼鏡等作成指示書」 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、「検査結果のコピー」を添付してください。
靴型装具を作成した場合は添付してください。	●靴型装具の現物写真
いずれの場合も添付してください。	●領収書 装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額や義肢装具士の氏名（押印でも可）が記載された領収書を添付してください。

このほか、必要に応じ、次の書類を添付してください。

ケガ（負傷）による申請の場合	●負傷原因届 ※
第三者の行為による傷病の場合	●「第三者行為による傷病届」※
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合	●亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。（印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。）

療養費（治療用装具）の支給要件等

支給対象となる治療用装具

治療用装具が療養費の支給対象となるのは、次のような場合などです。

- 1 医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼、弾性着衣などの治療のため必要な装具を購入、装着した場合（治療用装具代を全額負担したとき）
- 2 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入した場合（眼鏡代等を全額負担したとき）※治療用眼鏡等の更新の場合は、年齢や装着期間によって支給対象とならない場合があります。

支給額

申請書に添付された領収書等により、船員保険部が障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額（実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額）から、一部負担金等相当額（加入者が負担すべき額）を差し引いた額を療養費として支給します。

実際に支払った額	
船員保険部が障害者総合支援法等の基準で計算した額	
一部負担金等相当額	払いもどされる額（療養費）

船員保険部が計算した金額と比べて超過した額は、療養費の支給計算の対象外となります。

ご存知ですか？

治療用装具を購入したという場合以外にも、やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、船員保険部がやむを得ないと認めたときに療養費として支給します。
この場合の支給申請は、療養費支給申請書（立替払等）をご使用ください。

- 1 保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- 2 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず船員保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- 3 船員保険の加入期間に、資格がなくなった他の保険者（国民健康保険など）の保険証を使用して診療等を受け、医療費の返還を行ったとき
- 4 生血液の輸血を受けたとき（保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため、療養費を請求する必要はありません。）

記入例

療養費 支給申請書 (海外療養費)

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血) 療

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	① 被保険者証の記号および番号(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3												
	② 被保険者の氏名(申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎												
	③ 生年月日	昭和 平成	3	1	0	2	1	1						
	④ 住所	郵便番号	1	0	2	-	8	0	1	6	電話番号 (日中の連絡先)	0	3	(XXXX)
⑤ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	銀行: 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 信金: 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 農協: 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 その他: () () () () () () () () () () () () ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。												
	預金種別	普通: () 当座: () その他: () () () () () () () () () () () () カタカナでご記入ください。												
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	センボ タロウ				

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。

⑥ 受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所 [被保険者欄④]の住所と同じ										
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ) 被保険者との関係									
		住所	(郵便番号 -)	電話番号 (日中の連絡先) () () () () () () () () () () () ()								

⑤ 被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要です。
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行名記入欄

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

船員保険 被保険者証 本人(被保険者)
記号 1234567890 番号 123
氏名 船保 太郎
保険者番号 02130011
保険者名称 全国健康保険協会船員保険部
保険者所在地 千代田区富士見 2-7-2 印

2 船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、③欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3 ご希望の振込希望口座をご記入ください。
預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。

4 ②の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

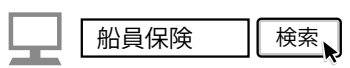
記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

5 ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{*1} 貼付台紙^{*2}に⑦④どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類 (いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ④ 番号確認を行うための書類 (いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

^{*1} 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。
^{*2} 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑦	受診者 ※被保険者の場合、⑦の記入は不要です。	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日					
	⑧	傷病名	急性胃腸炎		発病または 負傷年月日	平成 令和	〇年 3月 4日				
	⑨	⑥の原因および経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気(疾病) → 発病の原因および経過 休憩中に痛くなり受診した <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。								
	⑩	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地	診察した医師等の氏名						
			〇〇 MEDICAL CLINIC	2010 SOUTH ARLINGTON	〇〇 〇〇						
	⑪	⑦ 診療を受けた期間	令和	年	月	日	日数				
			〇〇	03	07	から	〇〇	03	07	まで	1
	⑫	⑧ 診療に要した費用の額	上記の期間に入院していた場合は、その期間					日数			
			令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
	⑬	⑨ 診療の内容	500ドル 円 海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単位をご記入ください。 (国名: アメリカ) (通貨単位: ドル)								
	⑭	⑩ 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input checked="" type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 理由								

6
病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。)
ケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を添付してください。

7
診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。
日数は診療を受けた日数をご記入ください。

8
領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなった場合は、生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

添付書類をご用意ください。

●医科の場合	●歯科の場合
①療養費支給申請書 …………… ア ②診療内容証明書（様式A） ……… イ ③領収明細書（様式B） …………… ウ ④現地で支払った領収書の原本	①療養費支給申請書 …………… ア ②領収明細書（様式B） …………… ウ ③歯科診療内容明細書（様式C） …… エ ④現地で支払った領収書の原本
●医科・歯科共通	
⑤各添付書類の翻訳文 ・翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。 ⑥受診者の海外渡航期間がわかる書類 ・パスポート・ビザ・航空チケットなど当該渡航期間がわかる部分のコピー等 ※パスポートの場合は、氏名・顔写真と出入国のスタンプのページの両方のコピーを添付してください。（診療を受けた期間に渡航先に滞在していたことが分かるように目印をつけてください。） ⑦同意書（様式D） …… オ	
様式A・様式B・様式Cの記載について ・審査を行うにあたり、重要な書類です。証明していただく海外の医療機関には、詳細に証明していただくよう、お願いしてください。特に様式Aの傷病名や疾病分類番号、様式Bの通貨単位は、必ず記載してください。 ・1ヶ月ごと、受診者ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関での証明が必要です。 ・同様の項目や内容の記載があれば、海外の医療機関による独自作成の様式も使用可能です。（各書類の翻訳文は必ず添付してください。）	
●その他（当てはまる場合に添付していただくもの）	
ケガ（負傷）による傷病の場合	「負傷原因届」……カ
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」……キ
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合	・亡なられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等
臓器移植による申請の場合	I. 日本臓器移植ネットワークの登録証明書の写し II. 海外の施設に入院していた間の経過記録の写し III. 臓器移植を必要とする被保険者等が「①レシピエント適応基準に該当し、日本臓器移植ネットワークに登録している状態であること。・②国内での待機状況を踏まえると、当該患者が海外で移植を受けない限りは生命の維持が不可能となる恐れが高いこと」について、臓器移植を受ける被保険者等の主治医（学会認定の移植認定医）が作成した海外の施設への紹介状の写しに、部門長又は施設長がサインしたもの

*上記「イ～オ」および「国際疾病分類表」については船員保険部へお問い合わせください。
上記「ア」「カ～キ」はホームページから印刷できます。（印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。）

海外療養費の支給要件等

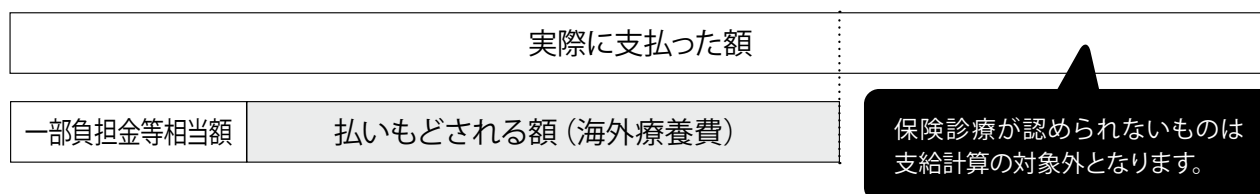
支給を受ける条件

- 1 海外療養費の支給対象は、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られます。そのため、美容整形やインプラントなど、日本国内で保険適用となっていない医療行為や薬が使用された場合は、給付の対象になりません。
- 2 療養（治療）目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は、支給対象となりません。また、日本で実施できない診療を行った場合も、保険給付の対象とはなりません。（支給要件を満たす海外での臓器移植を除く）
- 3 海外で治療費の支払いをした翌日から2年を経過すると、時効により申請できなくなります。

支給額

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、一部負担金等相当額（加入者が負担すべき額）を差し引いた額を支給します。

- 日本と海外では医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から一部負担金等相当額（加入者が負担すべき額）を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なくなることがあります。



- 外貨で支払われた医療費については、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金額を算出します。
- 海外療養費の審査は、被保険者や医療機関等に照会することがありますので、時間がかかる場合があります。
- 海外療養費の支給は、海外への直接送金はできません。船舶所有者または日本在住のご家族の方などに受け取りを委任してください。（療養費支給申請書の受取代理人の欄にご記入ください）