

海外療養費の支給申請をされる方へ

海外において療養等を受けた場合の費用について、不正請求防止のために、国の通達により、今後一層の対策を進めていくことになりました。

申請の際に必要な書類や注意事項についてご案内いたしますので、海外療養費の申請をされる際にはご留意いただきますようお願い申し上げます。

海外療養費について

海外療養費制度とは、国民健康保険の加入者が海外渡航中に急な病気等でやむを得ず※現地で治療を受けた場合、所定の手続きをすることで、海外で支払った医療費について、保険給付分の払い戻しを受けることができる制度です。

※やむを得ない場合とは、直ちに診療を受けなければならない状況であり、日本国内の保険医療機関で診療を受けるための時間的余裕もない場合等を言います。

注意事項

1. 日本国内で保険適用となっている医療行為のみが支給対象となりますので、日本で国民健康保険が適用されない治療については、海外療養費は支給されません。
(支給対象外となる主な例)
 - ・美容整形、歯列矯正など
 - ・人工授精などの不妊治療
 - ・出産→ただし、出産育児一時金については別途請求すれば支給されます。
 - ・臓器移植→ただし、日本臓器移植ネットワークに登録されており、やむを得ない場合は支給されます。
2. 調剤に関しては、海外の薬と日本の薬では、薬の名前が違うため照合することができません。調剤の申請については、処方された薬名および薬の主成分の記載がなく、日本で使用している薬と照合ができない場合は、療養費を支給することができませんので、薬の主成分などは医療機関等でご確認いただきますよう、お願いします。
3. 海外での治療の場合、国や医療機関によって請求金額が大きく異なります。海外療養費では、海外で実際に支払われた金額と日本国内での標準的な医療費を比較し、金額が低い方の医療費が支給額の算出基準となります。そのため、実際に支払われた金額より大幅に低い支給額となる場合があります。
4. 支給額は支給決定時（支給の約2週間前）の為替レートで換算されます。
5. 海外療養費の請求期限は、海外で治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。
6. 治療目的で渡航した場合の海外療養費は認められません。

申請の手順

1. 海外で受診の際は、所定の様式の「診療内容明細書 (Form A) または歯科診療内容明細書 (Form C)」と「領収明細書 (Form B)」を医療機関に提出し、記入してもらいます。また、病院名・日付・料金等が明記された領収書や、傷病名・治療内容が明記された証明書等があれば、念のため保管しておいてください。
2. 上記の書類が外国語で記入されている場合は、日本語の翻訳文を用意してください。
3. 帰国後、市役所保険年金課の窓口で申請を行います。
4. 申請後、審査機関による内容の審査を経て、振込での支給となります。通常、申請から支給まで3か月程度かかります。

申請に必要な書類等

※全て原本

1. 診療内容明細書 (Form A) : 受診月・入院外来別に、医療機関で記入してもらってください。
※ 外国語で記載されている場合は、必ずその翻訳文が必要となります。海外で治療を受けられたご本人の責任で翻訳文を作成し、翻訳者の氏名・住所を記入した上で添付してください。

①実際に受診した方の名前、生年月日、性別

②傷病名と国民健康保険国際疾病分類番号

③その医療機関を初めて受診した年月日

④月ごとの受診日数

⑤入院期間または外来受診日

⑥その医療機関で治療を行った理由（「発熱」「吐血」「虫垂炎」「気管支炎」など）

⑦その医療機関で行った治療の内容（「抗生物質を投薬」「腹腔鏡による虫垂切除」など）

※「診察」「検診」等と記入すると、具体的にどのような治療だったのか不明のため、審査ができず海外療養費が支給されません。

⑧治療の理由が事故によるものであれば「Yes」に、それ以外は「No」にチェックを入れる

⑨診察を行った医師の署名、住所、明細書を記入した日付

※上記①～⑧が漏れなく記入されているか必ず確認してください。漏れがあった場合、海外療養費の支給ができませんのでご注意ください。

2. 領収明細書 (Form B) : 受診月・入院外来別に、医療機関で記入してもらってください。

各項目ごとに該当する金額を記入してもらってください。

※ 外国語で記載されている場合は、必ずその翻訳文が必要となります。海外で治療を受けられたご本人の責任で翻訳文を作成し、翻訳者の氏名・住所を記入した上で添付してください。

3. 領収書

4. 渡航が確認できる書類（パスポート、航空券）

窓口で出入国日の記録を確認させていただき、そのコピーを取らせていただきます。

5. マイナンバーがわかるもの（世帯主及び療養を受けた方）

6. 国民健康保険療養費支給申請書（市役所の窓口で記入してください。）

7. 調査同意書（市役所の窓口で記入してください。）

申請の内容等に疑義があった場合、豊川市から海外の医療機関に、療養の事実の有無や内容についての照会を行うことに関しての同意文書をご提出いただきます。

以上のことで何かご不明な点がございましたら、豊川市役所 保険年金課までご連絡ください。

問い合わせ先：豊川市役所保険年金課

国保給付係 TE0533-89-2135

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No.)
3. Date of first Diagnosis
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 days
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Outpatient 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。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
Office(病院または診療所) 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

様式A 邦訳

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

住所

氏名

電話

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt
領収明細書

Form B
様式B

(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	\$	* 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) Medicines**	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) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		\$	
			\$	
			\$	
			\$	
(16) Total	合 計		\$	Unit is 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 _____

様式B 邦訳

(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

住所

氏名

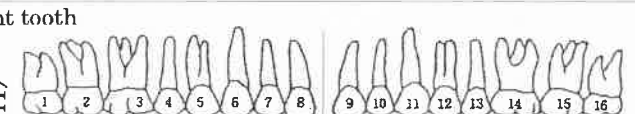
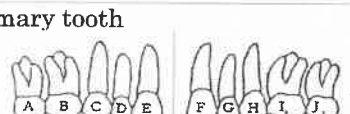
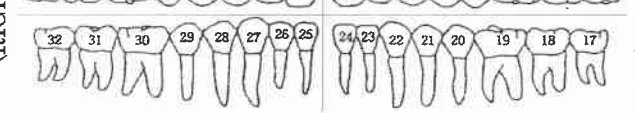
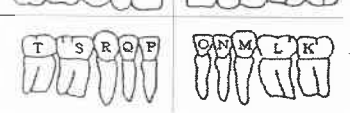
電話

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days		
Permanent tooth		Primary tooth		
(Upper)		(RIGHT)		(LEFT)
(Lower)		(LEFT)		(RIGHT)
Type of Treatment 治療の分類				
Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date MO. DA. YR.	Fee 治療費	
Initial Office Visit 初診料				
X-Ray Examination レントゲン検査				
Dental Pulp Extirpation 抜髄				
Operation 手術				
Extraction 抜歯				
Filling 充填				
Inlay インレー				
Metal Crown 金属冠				
Post Crown 継続歯				
Jacket Crown ジャケット冠				
Bridge Work ブリッジ				
Plate Denture 有床義歯				
Partial Denture 局部義歯				
Complete Denture 総義歯				
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置				
Medicine 投薬				
The Others その他				
				Total 合計

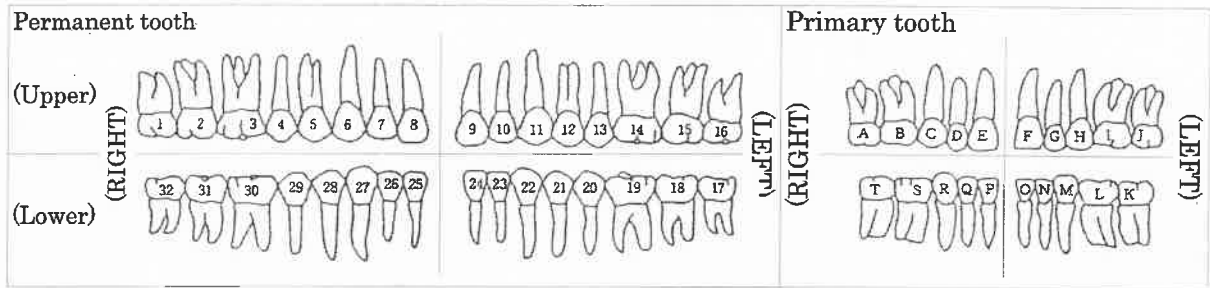
Name and Address of Attending Physician
 担当医の名前及び住所

Name	Last(姓) _____	First(名) _____	Title(称号) _____
Address	Home(自宅) _____		Phone(電話) _____
	Office(病院または診療所) _____		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 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

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

I	Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	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傷害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	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傷害
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	IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	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
II	Neoplasms 新生物	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
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
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	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ](感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	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
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患	X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501	Pregnancy with abortive outcome 流産
1202	Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠高血圧症候群
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	※1503	Single spontaneous delivery 単胎自然分娩
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302	Arthrosis 関節症	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303	Spondylopathies 脊椎障害(脊椎症を含む)	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	X VII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害	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
1308	Shoulder lesions 肩の傷害(損傷)	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
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	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
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	1901	Fracture 骨折
X IV	Diseases of the genitourinary system 腎尿路性器系の疾患	1902	Intracranial damage and internal organ damage 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	1903	Burns and corrosions 熱湯及び腐食
1402	Renal failure 腎不全	1904	Poisoning 中毒
1403	Urolithiasis 尿路結石症	1905	Others その他の損傷及びその他の外因の影響
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		

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

豊川市国民健康保険 海外療養費支給にかかる同意書

私は、豊川市国民健康保険にかかる海外療養費について、申請書類の審査の際に豊川市が必要に応じ、支給申請書等を医療機関等に対して提供することや、医療機関等が支給申請に係る療養等の情報を豊川市に提供することに同意します。

年 月 日

豊川市長 殿

住 所

氏 名

被保険者氏名 ()

被保険者との続柄 ()

※ 代理人、相続人による申請の場合は、被保険者との続柄の記入をお願いします。