

旅行や仕事などで海外へ行く人が増えています。このような状況のなか、国民健康保険の被保険者のみなさんが、海外渡航中に病気やけがで治療を受けた場合について、平成13年1月1日から保険が適用されることになりました。

海外渡航中に治療を受け、そして帰国後、医療費の一部について払い戻しを受ける場合の手続きは次のようになります。

- ① 受診した海外の医療機関では、一旦かかった金額の全額を支払います  
↓
- ② その医療機関で治療内容やかかった医療費等の証明書もらいます。  
**【「診療内容明細書」、「領収明細書」等の書類】**  
※領収明細書については、医科と歯科では異なりますのでご注意ください。  
↓
- ③ 帰国後、ご加入の市町村窓口へ申請します。  
**【上記の書類と「療養費支給申請書」を提出】**  
↓
- ④ 申請から概ね3ヶ月後市町村から保険給付分が払い戻されます。

※海外療養費を申請するときに、上記の「診療報酬明細書」、「領収明細書」が外国語で作成されている場合には、日本語の翻訳文を添付することが義務づけられています。翻訳される方はどなたでも結構ですが、翻訳業者に依頼を希望する場合（有料）は市町村窓口にてご相談ください。

※市町村への払い戻し金の請求期限は、その治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。

海外療養費は、日本国内での保険医療機関等で給付される場合を標準として支払われます。

海外で支払った医療費は、基本的には、日本国内での保険医療機関等で疾病や事故などで給付される場合を標準として決定した金額（標準額）から被保険者の一部負担金相当額を控除した額が海外療養費として支払われます。

具体的には実際に支払った額（実費額）が標準額よりも大きい場合は、標準額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額となります。また実費額が標準額よりも小さいときは、実費額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額が払い戻されることとなります。

原則として、国保の被保険者は標準額（実費額）の7割、70歳以上のかたは7割または9割となります。

日本国内で保険適用となっていない医療行為は給付の対象になりません。

心臓や肺などの臓器移植、人工授精などの不妊治療、性転換手術などは対象外ですので、注意してください。あくまでも、その医療行為が日本国内で保険診療の対象となっているものに限られており、世界でもまれな最先端医療、美容整形などの医療は対象外です。

また海外での治療を目的として海外に行き診療を受けた場合も対象外です。

Form A

Attending Physician's Statement

診療報酬明細書

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 National Health Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (裏面参照)

3. Date of First Diagnosis:  D / M / Y  \_\_\_\_\_  
初診日  日 / 月 / 年  \_\_\_\_\_

4. Duration of Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診療日数 : \_\_\_\_\_ 日

5. Type of Treatment:

治療の分類

Hospitalization: Form \_\_\_\_\_ , to \_\_\_\_\_ ( days)  
入院: 自 \_\_\_\_\_ , 至 \_\_\_\_\_ ( 日数)

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 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

Form B (医科)

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) X-ray examination	X線検査費	\$ _____
(9) Medication	医薬費	\$ _____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	\$ _____ \$ _____
(13) Total	合 計	\$ _____

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のぞいて下さい。

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 : Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
姓 名 称号

Address : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

住所 : Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
日付 署名

## 領 収 明 細 書 (歯科)

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 National insurance benefit. この様式は患者の国民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書き、かつ署名して下さい。 3. One form for each month and one for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院、入院外等に付きこの様式1枚が必要です。 Separate receipt required for prescriptions. (薬剤料は別に処方箋を添付のこと)		
Permanent (疾病の名称および部位) <u>87654321</u>   <u>12345678</u> 87654321   12345678	Baby teeth (乳歯) <u>VIVIII II I</u>   <u>I II III IV V</u> VIVIII II I   I II III IV V	
Identify examination teeth (該当する部位を○で囲み病名をつける) Cavity (C) (むし歯)      missing teeth (F) (欠歯)      stomatitis (G) (口内炎) Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)      extraction needed (Z) (要抜歯)		
Date of First Diagnosis (初診日) _____ Office Visit Fees (診断料) _____ Other (その他) _____	Days of Diagnosis and treatment (診療を行った実日数) _____ days Examination Fees (検査料) _____ X-rays Fee (レントゲン) _____	Currency paid (支払通貨) _____ _____
Services (治療した歯の部位と治療の種類) Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用した場合は特記してください) • Filling (充てん) • Inlaying (インレー又はアンレー) • Capping (metal) (金属冠) • Jacket capping (ジャケット冠) • Capping connected (歯冠継続歯)	_____ _____ _____ _____ _____	
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類) • Bridge (ブリッジ) • Partial artificial teeth (局部義歯) • Total artificial teeth (総義歯)	_____ _____ _____	
Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称) _____ Signature of Doctor (担当医署名) _____ Date (日付) _____	Total (計) _____	