

国民健康保険における海外療養費制度について

国民健康保険の被保険者が、海外渡航中に病気やけがでやむを得ず海外の医療機関で治療を受けたときに、保険が適用されます。

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。

海外で

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医療機関で、治療内容や医療費等の証明書をお願いします。（「**診療内容明細書**」、「**領収明細書**」等の書類 ※1）

帰国後

③帰国後、国民健康保険の窓口へ申請します。申請受付のときに海外で治療を受けた理由や治療内容をお尋ねします。
（上記の書類と「**療養費支給申請書**」、「**調査に関わる同意書**」を提出 ※2、※3）

④審査後、保険給付分が**払い戻されます。**
（申請からおおよそ2～3ヶ月後）

- ※1 入院と外来を別にして医療機関ごとに1か月分ずつ作成してください。診療内容の詳細が分かるようにしてください。
- ※2 「調査に関わる同意書」は1医療機関につき1枚作成してください。作成するときは治療を受けたご本人様が記入してください。治療を受けた人が未成年者のときは親権者が記入してください。
- ※3 申請には療養を受けた方のパスポート（治療を受けたときのもの）、被保険者証、世帯主様の認め印、預金通帳等（世帯主様名義でない場合には別途世帯主様の委任状が必要）が必要となります。
- 注： 海外療養費を申請する時に、上記の「診療内容明細書」、「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。また、翻訳文に「翻訳した人の住所と氏名」を記入してください。
（国民健康保険法施行規則第二七条）

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。

たとえ海外での医療費が100万円（日本円に換算して）かかったとしても、日本での標準額が10万円の場合には、一般（3割負担）の方で7万円が支払われることとなります。

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

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、保険診療外の差額ベッド代などは対象外です。

また、自然分娩も保険医療対象外ですが、出産育児一時金が支払われます。

～次の事項には十分ご注意ください～

- 治療目的の海外渡航の場合は海外療養費の支給対象とはなりません。
- 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。
- 必要に応じて民間の海外旅行損害保険等にも加入しましょう。海外の場合、日本国内と同じ病気やけがでも、国や医療機関によって請求金額が大きく異なります。
- 海外に行く前の予防接種や帰国後の検診は受けるように努めましょう。
- 詳細については、保険年金課給付係（TEL 40-7271）にお尋ねください。

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

被保険者証 の記号番号	療養を受けた 被保険者氏名 (生年月日)	フリガナ	
		個人番号	(年 月 日)
傷 病 名	別紙添付のとおり	療養 期間	年 月 日 から 年 月 日 から 別紙添付のとおり 日間
発病・負傷年月日	別紙添付のとおり		
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称および所在地		別紙添付のとおり	
療養費 の種類	装具・弾性着衣・小児用眼鏡・特別療養・海外療養費・		
	診療費 喪失後受診等・その他：療養を受けることができなかった理由 ()		

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請、請求します。

年 月 日

住所 (〒)

電話 ()

フリガナ

世帯主氏名

佐賀市長 様

個人番号

印

なお、支給決定の際は下記金融機関の口座に振り込んでください。

振 込 先	____銀行・金庫・農協____店		
	普通預金・当座預金	店番_____	口座番号_____
注：カタカナで記入 口座名義人(世帯主)_____			

決 定

基 準 算 定	療 養 実 費 額	円	一 部 負 担 金 控 除 額	円
	同 上 の 審 査 決 定 額	円	療 養 費 支 給 額	円

一般				
未 就 学	一 般	前期 (65~69 歳)		前期 (70歳以上)
		一般		1 割 2 割 3 割

退職	
本 人	扶 養

保険税滞納
有・無
全額充当
一部充当

受付
第三者

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 with Number of Internatinonal 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健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: 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 treatment (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 : From 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 _____
翻訳者住所 _____ 翻訳者氏名 _____

Form 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) 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 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

翻訳者住所 _____ 翻訳者氏名 _____

RECEIPT (DENTAL)**領収明細書(歯科)****Request to Attending physician**

担当医へお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health 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記入し、署名してください。

3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Separate receipt required for prescriptions.

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent (疾病の名称および部位)		Baby teeth (乳歯)	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		
Identify examined teeth: (該当する部位を で囲み病名をつける)			
• Cavity (C)(虫歯)		• 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) _____		Currency paid	
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)		(支払通貨)	
Office Visit Fees (診断料) _____		_____	
Examination Fees (検査料) _____		_____	
X-Ray Fee (レントゲン) _____		_____	
Other (その他) _____		_____	
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、白金を使用したとき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)		Total (計)	
_____		_____	
Signature of Doctor (担当医署名)		_____	
_____		_____	
Date (日付)		_____	
_____		_____	

Table of International Classification of Diseases for
the use of National Health Insurance

国民健康保険用国際疾病分類表

Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	0208 Malignant lymphoma 悪性リンパ腫
0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0209 Leukemia 白血病
0102 Tuberculosis 結核	0210 Other malignant neoplasms その他の悪性新生物
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	0211 Others 良性新生物及びその他の新生物
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	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
0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎	0301 Anemia 貧血
0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患	0302 Others その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0107 Mycoses 真菌症	Endocrine, nutritional and metabolic disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患
0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0109 Others その他の感染症及び寄生虫症	0402 Diabetes mellitus 糖尿病
Neoplasms 新生物	0403 Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0501 Vascular dementia and unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
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	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
0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and Lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0504 Mood [affective] disorders 気分感情障害（躁うつ病を含む）
0206 Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	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
0207 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	

0506 Mental retardation
精神遅滞

0507 Others
その他の精神及び行動の障害

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

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 Others
その他の眼及び付属器の疾患

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 Others
その他の耳疾患

Diseases of the circulatory system
循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases
高血圧性疾患

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 haemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral haemorrhage
脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries
脳梗塞

0907 Cerebral atherosclerosis
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 Hemorrhoids
痔核

0911 Hypotension
低血圧症

0912 Others
その他の循環器系の疾患

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]

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎

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 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ぬ 気管支炎

1009 Chronic obstructive pulmonary diseases
慢性閉塞性肺疾患

1010 Asthma
喘息

1011 Others
その他の呼吸器系の疾患

Diseases of the digestive system
消化器系の疾患

1101 Dental caries
う蝕

1102 Gingivitis and periodontal disease
歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other diseases of teeth and supporting
structures
その他の歯及び歯の支持組織

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 diseases 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 Others
その他の消化器系の疾患

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
皮膚及び湿疹

1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and
connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

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
その他の脊椎障害

1308 Shoulder lesions
肩の障害

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Others
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the Genitourinary system
泌尿生殖器系の疾患

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 その他の男性性器の疾患	Congenital Malformations , deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形 変形及び染色体異常
1407 Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経後更年期障害	1701 Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1408 Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患	1702 Others その他の先天奇形 変形及び染色体異常
Pregnancy , childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく	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
1501 Abortion 流産	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
1502 Edema , proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy , childbirth and the puerperium 妊娠中毒症	Injury , poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1503 Single spontaneous delivery * 単胎自然分娩	1901 Fracture 骨折
1504 Others その他の妊娠、分娩及び産じょく	1902 Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態	1903 Burns and corrosions 熱湯及び腐食
1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害	1904 Poisoning 中毒
1602 Others その他の周産期に発生した病態	1905 Others その他

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance .

1503番(*印)は国民健康保険は適用されません。

調査に関わる同意
Agreement of Authorization
調査同意書
조사동의서

- ・治療開始日 _____年__月__日
- ・Starting date of medication Year_____ Month____ Day____
- ・治疗开始日期 _____年__月__日
- ・치료개시일 _____년__월__일

- ・被保険者（患者）
（被保険者名） _____
（住所） _____
（生年月日） _____年__月__日

- ・Insured (Patient)
（Name of the insured） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year_____ Month____ Day____

- ・被保険者（患者） Insured (Patient)
（被保険者姓名 Name of the insured） _____
（住址 Address） _____
（出生日期 Date of birth） _____年__月__日

- ・피보험자(환자):
（피보험자） _____
（주소） _____
（출생년월일） _____년__월__일

佐賀市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市の職員あるいは、貴市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。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

To: Saga City Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City Office 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.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

致：佐贺市政府相关部门

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市职员或贵市的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市提供。

사가시귀중:

본인 (요양을 받은자)_____와 저의 세대주 _____는 시구읍면 직원 혹은 그와

관련된 업무위탁업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을

확인하기위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데

동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 시여권을 제시하는데 동의합니다.

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者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.

须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) _____ 年 ____ 月 ____ 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

Signature

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self · Guardian · Heir · Other

签名 · 盖章栏

(姓名) _____ 盖章

(住址) _____

(日期) _____年____月____日

(与患者关系) : 患者本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [_____]

서명. 날인

(성명): _____인

(주소): _____

(날짜): _____년 _____월 _____일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)