

海外療養費のご案内

国民健康保険の被保険者が海外で病気やケガをし、やむを得ず海外の医療機関で治療を受けて治療費を支払ったとき、保険者が認めた場合には、その医療費の一部について払い戻しを受けることができます。ただし、払い戻しは世帯主の申請に基づいて行われ、その対象となるのは、受けた治療が日本国内で保険診療として認められるものに限りです。

支給対象外となる医療行為の例

人工授精等の不妊治療、性転換手術、美容整形、最先端医療、交通事故など第三者の行為に起因するケガ、自然分娩。

治療を目的として出国し、日本国外の医療機関で医療行為を受けた場合も払い戻しの対象外となります。

支給金額の計算方法

(A) 実際に支払った現地の医療費を円に換算した金額

(B) その治療費を日本国内の保険診療に置き換えた場合の医療費

(A) が (B) よりも低い場合は、(A) から一部負担金相当額を控除した額、(A) が (B) よりも高い場合は、(B) から一部負担金相当額を控除した額となります。

支給額が現地の支払額よりも相当程度低くなる場合もありますので、ご注意ください。

申請方法

以下の1～9を清瀬市役所の保険年金課までご申請ください。

- 1 療養費申請書※
- 2 診療内容明細書 (Form A) ※
- 3 領収明細書 (Form B) ※
- 4 Form AとForm Bの日本語訳 (翻訳者の住所・氏名を記入のこと)
- 5 治療費を支払った際の領収書 (明細書を含む) の原本 (コピー不可)
- 6 診療を受けた方のパスポート
- 7 調査同意書
- 8 診療を受けた方の国民健康保険被保険者証
- 9 申請者の預金通帳やキャッシュカードなど (給付の振込のため)
- 10 申請者の印鑑 (日本で取引に使用している場合)

※ 上記1～3については、用紙が保険年金課にあります。療養費申請書は申請者、Form AとForm Bは担当医師があらかじめ必要事項を記入した上で申請してください。また、これら3点の書類については、各月ごと、入院・通院ごとに、それぞれ1枚ずつ必要です。

申請の期限は、海外の医療機関で治療を受けた日の翌日から2年間です。

申請を受け付けてから支給決定までは、通常2～3か月程度かかります。

また、保険税の支払いを滞納している場合は、払戻しを受けられない場合があります。

問合せ先

清瀬市役所市民生活部保険年金課国保係

住所：〒204-8511 東京都清瀬市中里五丁目842番地

電話：042-497-2047 (直通)

Form A

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 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)

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)
病状の概要

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 _____

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ないものは除いてください。

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

診療内容明細書（日本語訳）

1. 患者名：_____ 生年月日：昭和____年____月____日 性別：男・女
平成

2. 傷病名（及び国民健康保険用国際疾病分類番号）：

3. 初診日 平成____年____月____日
令和

4. 診療日数：____日

5. 治療の分類：平成____年____月____日 平成____年____月____日（日間）
入院：令和
入院外：平成

入院外：令和____年____月____日 平成____年____月____日（日数：____日）

（入院外受診日：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31）

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故によるものですか。： はい ・ いいえ

9. 治療実費：様式B参照

10. 担当医の名称及び住所

名前：_____ 称号：_____

住所：（自宅）_____

電話：（自宅）_____

住所：（病院又は診療所）_____

電話：（病院又は診療所）_____

日付：平成____年____月____日 診療録の番号：_____

11. 翻訳者の名称及び住所

名前：_____

住所：_____

電話：_____

領 収 明 細 書 (日本語訳)

(1) 初診料	_____	
(2) 再診料	_____	
(3) 往診料	_____	
(4) 入院管理料	_____	
(5) 入院費	_____	
(6) 診察費	_____	
(7) 手術費	_____	
(8) X線検査費	_____	
(9) 医薬費	_____	
(10) 麻酔費	_____	
(11) 手術室費用	_____	
(12) その他(項目明記)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
(13) 合計	=====	

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前: _____

住所: _____

電話: _____

翻訳者の名前及び住所

名前: _____

住所: _____

電話: _____

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・被保険者（患者）

（被保険者名）_____

（住所）_____

（生年月日）_____ 年 _____ 月 _____ 日

清瀬市 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。

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。

（氏名）

（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〔 _____ 〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。

パスポートのコピーを重ねないように添付してください。

* 渡航時の出入国記録のスタンプが押されたページと本人の写真・署名等が記載されたページ

貼付欄

貼付欄