

## 海外療養費について

国民健康保険に加入している方が、海外において急病や突然の怪我など、やむを得ない理由により現地の医療機関等で治療を受けた場合、帰国後に申請していただくと、海外療養費の支給が受けられる場合があります。

具体的には、日本国内で保険診療として認められた治療と同等の治療であること、海外に行った理由が個人的な旅行の場合等が支給対象となりますが、治療等を目的として海外に行った場合は支給対象にはなりません。

現地で医療機関により治療を受ける場合は、一旦全額自己負担していただきます。帰国後、必要な申請書類をそろえて国民健康保険係の窓口で申請してください。その際、治療を受けられた期間と海外での滞在期間を確認するため、治療を受けられた方のパスポートの写しをとらせていただきます。また、治療の内容が記載された医師の診療明細書及び医療機関等に支払った際の領収明細書には、必ず日本語の翻訳文を添付してください。

国民健康保険係の窓口で受取った申請書類は、審査機関で審査されます。審査の結果、不支給となる場合もございますので、ご了承ください。また、不正請求に該当すると判断された場合は、各保険者間で情報共有を行うため東京都福祉保健局に報告を行います。

審査を通過し支給決定された場合、自己負担分を除いた額を世帯主の日本国内の金融機関の口座へ振込みます。世帯主以外の口座に振込みを希望する場合は、世帯主からの委任状が必要です。国外への送金はできません。

### <申請に必要な書類>

- 1 国民健康保険療養費申請書
  - ・庁舎1階12番 国民健康保険係窓口でお渡ししています。ホームページでも入手できます。
  - ・申請書の必要事項に記入、押印していただき、下記(2～4)の書類と一緒に申請してください。
- 2 治療の内容等がわかる医師の診療明細書(※日本語の翻訳を必ず添付してください)
- 3 領収明細書(※日本語の翻訳を必ず添付してください)
- 4 海外で治療を受けられた方のパスポート(※写しをとらせていただきます)

### <注意事項>

- ※ 海外療養費は、支給決定日の外国為替換算率(売りレート)から算出した額と実際に海外で支払った額を比較して、低い額の方で支給決定されます。そのため、実際に海外の医療機関で支払った金額よりも、大幅に低くなる場合があります。必要に応じて、民間の海外旅行保険等への加入を検討されることをお勧めいたします。
- ※ 海外転出の届出をされた場合、国民健康保険の資格を喪失するため、海外療養費は適用されません。
- ※ 申請をお受けしてから審査を行いますので、支給されるまでに3か月程度かかります。
- ※ 療養給付を受ける権利は、支払い日の翌日から起算して2年を経過すると時効により消滅します。

### 【お問い合わせ先】

国立市役所 健康福祉部 健康増進課 国民健康保険係  
電話 042-576-2111 内線121・122  
〒186-8501 国立市富士見台2丁目47番地の1

A

※市役所記入欄 (該当箇所)に○		一般 ・ 退職 (本人・扶養)
・70歳未満	【負担割合】3割	入院 ・ 外来
【負担割合】2割 (義務教育就学前)		
・70歳以上	【負担割合】1割 (1:低Ⅰ・2:低Ⅱ・3:1割)	費用額 _____ 円
【負担割合】2割 (4:2割)		支給額 _____ 円
【負担割合】3割 (5:3割・6:経過措置)		高額療養費 _____ 円

\*太線枠内のみ記入してください。

(注 意)

イ・所要事項はもれなく記入し、記入もれのないようにしてください。  
 ロ・被保険者証で治療等を受けることが出来なかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く他は、その理由を詳しく具体的に記入してください。  
 ハ・一般、歯科、生血、補装具の該当ものを○でかこんでください。  
 ニ・発病又は負傷の原因、特に外傷の場合は具体的に受傷の原因を詳しく記入してください。  
 ホ・第三者行為にかかると認められた場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。

<b>国民健康保険療養費申請書</b>		(一般・歯科・生血・補装具)	
被保険者証の記号番号	38 - .	療養を受けた被保険者氏名/生年月日	昭和・平成 年 月 日生
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
発病・負傷年月日	年 月 日	診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地 (名称)	
被保険者が記入するところ		診療薬剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名 (所在地)	
		療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)	
発病又は負傷の原因			療養に要した費用 拾万 万 千 百 十 円
振込先金融機関 (世帯主)	・銀行・農協 ・信用金庫	支店	口座番号
フリガナ			
口座名義人 (世帯主)			
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。			
年 月 日 (世帯主) 住 所 氏 名 電話番号 ( )			
国立市長 殿			

受付印

受付担当者	整理番号	世帯主
		本人

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(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 of 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 : 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 \_\_\_\_\_ Frist 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

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

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

I Certain infectious and parasitic diseases  
 感染症及び寄生虫症

- 0101 Intestinal infectious diseases  
 腸管感染症
- 0102 Tuberculosis  
 結核
- 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
- 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
- 0105 Viral hepatitis  
 ウイルス肝炎
- 0106 Other viral diseases  
 その他のウイルス疾患
- 0107 Mycoses  
 真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases  
 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 0109 Others  
 その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms  
 新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach  
 胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon  
 結腸の悪性新生物
- 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
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts  
 肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
 気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast  
 乳房の悪性新生物
- 0207 Malignant neoplasm of uterus  
 子宮の悪性新生物
- 0208 Malignant lymphoma  
 悪性リンパ腫
- 0209 Leukemia  
 白血病
- 0210 Other malignant neoplasms  
 その他の悪性新生物
- 0211 Others  
 良性新生物及びその他の新生物

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

- 0301 Anemia  
 貧血
- 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

IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders  
 内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland  
 甲状腺障害
- 0402 Diabetes mellitus  
 糖尿病
- 0403 Others  
 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V Mental and behavioural disorders  
 精神及び行動の障害

- 0501 Vascular dementia and unspecified dementia  
 血管性及び詳細不明の痴呆
- 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
- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders  
 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
- 0504 Mood [affective] disorders  
 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)
- 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
- 0506 Mental retardation  
 精神遅滞
- 0507 Others  
 その他の精神及び行動の障害

VI 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

VII 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

VIII 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

IX 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

X 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腺
- 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ない気管支炎
- 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

XI 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機構
- 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
- X II 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
- X III 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  
腰痛症及び挫骨神経痛
- 1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害
- 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
- X IV Diseases of the Genitourinary system  
尿路生殖器系の疾患
- 1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
- 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
- 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性器の疾患
- X V Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく
- 1501 Abortion  
流産
- 1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠中毒症
- 1503 Single spontaneous delivery\*  
単胎自然分娩
- 1504 Others  
その他の妊娠、分娩及び産じょく
- X VI Certain conditions originating in the perinatal period  
周産期に発生した病態
- 1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害
- 1602 Others  
その他の周産期に発生した病態
- X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities  
先天奇形、変形及び染色体異常
- 1701 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天奇形
- 1702 Others  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常
- 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
- 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
- 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
- 1901 Fracture  
骨折
- 1902 Intracranial injury and injury to organs  
頭蓋内損傷及び内臓の損傷
- 1903 Burns and corrosions  
熱湯及び腐食
- 1904 Poisoning  
中毒
- 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。

# 調査に関わる同意書（海外療養費）

## Agreement of Authorization

・ 治療開始日 Starting date of medication Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

・ 被保険者（患者） Insured (Patient)

（被保険者名 Name of the insured） \_\_\_\_\_

（住所 Address） \_\_\_\_\_

（生年月日 Date of birth） Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

国立市長 宛

私（療養を受けた者） \_\_\_\_\_ と、私の世帯主 \_\_\_\_\_

は、国立市の職員あるいは、国立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、上記確認に必要な資料として、国立市へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mayor of Kunitachi City

I (patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of house hold, \_\_\_\_\_ authorize the Kunitachi 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, for the confirmation mentioned above I agree to show Kunitachi City Office my passport and submit a photocopy of my passport.

### 署名・押印欄 Signature

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.

（氏名 Signature） \_\_\_\_\_ 印

（住所 Address） \_\_\_\_\_

（日付 Date） Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

（患者との関係 Relation to the insured）

本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.



翻訳 (様式Bの続紙)

(12) その他 (項目明記)

--

翻訳者の記入欄	
名前	印
住所	電話

**RECEIPT (DENTAL)**

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い	
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>	
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	V I V I I I I   I I I I V V
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	V I V I I I I   I I I I V V
Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cavity (C) (虫歯)</li> <li>• missing teeth (F) (欠歯)</li> <li>• stomatitis (G) (口内炎)</li> <li>• Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)</li> <li>• extraction needed (Z) (要抜歯)</li> </ul>	
Date of First Diagnosis (初診日)	Currency paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)	
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)	

翻訳（様式Bの続紙：歯科）

その他

--

翻訳者の記入欄	
名前	印
住所	電話