

# 海外療養費の申請について

日本国外に滞在中に急病で受診した場合、国民健康保険の給付の範囲内で療養費が支給されます。

## ご注意ください！

1. 次の場合は、海外療養費の支給対象にはなりません
  - 治療目的の渡航の場合
  - 受けた治療内容が、日本国内で保険治療が認められていない場合
2. 次の場合、海外療養費が支給されない場合があります
  - 1年以上渡航した場合
  - 交通事故等第三者行為による受診の場合
  - 受診時に海外の公的機関の保険に加入していた場合
3. 日本で治療をした場合の標準額と比較を行い、少ない金額で支給を行います  
実際に払った金額よりも少ない金額での支給になる可能性があります。  
また、レート換算により金額が少なくなる可能性もあります。
4. 海外療養費の審査を強化しています  
申請書類の内容について、現地の医療機関等に問い合わせをする場合がありますので、ご了承ください。

## 申請に必要なもの

- (1) 診療内容明細書(別紙:Form A) ※ 現地の医療機関が記載したもの
- (2) 領収明細書 (別紙:Form B) ※ 現地の医療機関が記載したもの
- (3) 領収書 ※ 現地の医療機関が発行したもの等
- (4) 上記(1)～(3)の日本語訳(訳者の住所、氏名を必ず記載してください。) ※ Form A に関しては日本語訳用の用紙をお渡しします。
- (5) 調査に係わる同意書(旅行先が中国または韓国の場合は押印が必要となります。)
- (6) 旅行時のパスポート
- (7) 国民健康保険証(医療証等をお持ちの方は、申請の際、窓口で提示してください。)
- (8) 世帯主のマイナンバー通知カードまたは個人番号カード
- (9) 世帯主の身元確認書類(運転免許証、パスポートなど) } 写しでも可
- (10) 振込先口座のわかるもの

上記(1)～(10)が全て揃っていない場合は受付することができません。  
全て揃えたうえで、担当窓口までお持ちください。(申請書を作成します。)

※ 申請受付を行ってから支給までは、約3～4か月程度かかります。

※ 申請期間は、療養を受けた(医療機関を受診した)日の翌日から2年間です。2年を超えた場合は支給できません。

※ 国民健康保険料に滞納がある世帯については世帯主の押印が必要になる場合があります。

《申請・問い合わせ先》 台東区役所 国民健康保険課 給付係 (2階 ⑭番窓口)

TEL 03-5246-1253 (直通)

**Form A**

1. This form is used for claiming the health insurance benefit.  
この様式は、健康保険の給付の申請に使用されます。

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 sheet of this form is to be used for each month / hospitalization / out patient / home visit.  
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement  
診 療 内 容 明 細 書

1. 【患者名】 Name of Patient : \_\_\_\_\_  
 【生年月日】 Age (Date of Birth) : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 【性別】 Sex : \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_
  
2. Name of illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance(See the other side of this form)  
 【傷病名】 A sickness and wound name : \_\_\_\_\_  
 【国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)】  
 international classification of diseases for the use of national health insurance : \_\_\_\_\_
  
3. 【治療の種類】 Type of Treatment : (入院) Hospitalization / (入院外) out patient or home visit  
 【初診日】 Date of First visit : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_  
 【診療年月】 Duration of medical examination and treatment :  
     Mark the day when a patient visited your medical institution.  
     (The day when a patient was hospitalized in the case of the hospitalization)  
     【年 月】 Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_  
     【診療日】 Date : 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  
     【日 数】 Duration : \_\_\_\_\_ Days
  
4. 【症状の概要】 Nature and Condition of illness or Injury (in brief)
  
5. 【処方、手術その他の処置の概要】 Prescription, operation and any other treatments (in brief)
  
6. 【治療は事故の傷害によるものですか?】  
     Was the treatment required as a result of an accidental injury? : Yes • No
  
7. 【治療実費】 Amounts paid to Hospital / Clinic : ※ Please fill in Form B with the details.
  
8. 【担当医の名前及び住所】 Name and Address of Attending Physician  
     【主治医名】 Name : \_\_\_\_\_  
                     (称号) Title : \_\_\_\_\_  
     【医療機関】 Name of medical institution : \_\_\_\_\_ (電話) Phone : \_\_\_\_\_  
                     (医療機関住所) Address : \_\_\_\_\_ (国名) Country : \_\_\_\_\_  
     【記入日】 Date : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_  
     【担当医署名】 Signature of Attending Physician : \_\_\_\_\_

Reference number of your medical Record (if applicable)  
診療録の番号 : \_\_\_\_\_

**Form A (日本語訳用紙)**

診療内容明細書

1. 【患者名】: \_\_\_\_\_  
【生年月日】: 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_ 受診月での年齢: \_\_\_\_\_  
【性別】: \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

2. 【傷病名】: \_\_\_\_\_  
【国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)】: \_\_\_\_\_

3. 【治療の種類】: 入院 / 入院外  
【初診日】: 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_  
【診療年月】 医療機関を受診した日に印をつけてください。(入院の場合は入院していた日)  
【年 月】 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_  
【診療日】 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  
【日 数】: \_\_\_\_\_ 日

4. 【症状の概要】

5. 【処方、手術その他の処置の概要】

6. 【治療は事故の傷害によるものですか?】: はい ・ いいえ

7. 【治療実費】: \_\_\_\_\_ ※ 詳しくは様式Bにご記載ください

8. 【担当医の名前及び住所】

【主治医名】: \_\_\_\_\_  
称号: \_\_\_\_\_

【医療機関】: 医療機関名称: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
医療機関住所: \_\_\_\_\_ 国名: \_\_\_\_\_

【記入日】: 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_

【担当医署名】: \_\_\_\_\_  
診療録の番号: \_\_\_\_\_

翻訳者氏名: \_\_\_\_\_  
翻訳者連絡先: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

**Form B**

1. Fill in the insurance fee in your country currency. Ex (\$, ¥, ¥...)

あなたの国の通貨で、保険費用をお書きください。

2. Exclude the amount irrelevant to the treatment, e.g., extra charge for a bed.

高級室料等の治療に直接関係のないものは除いて下さい。

**Itemized receipt****領収明細書**

Country (国名) : \_\_\_\_\_ Currency (通貨単位) : \_\_\_\_\_

	Items	項目	Amount (金額)
(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 (Please mention the details in the following blanks.) (その他)		
	Items	項目	Amount (金額)
	Others total (その他合計)		
(13)	Total	合計	

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

【主治医名】 Name : \_\_\_\_\_  
(称号) Title : \_\_\_\_\_

【医療機関】 Name of medical institution : \_\_\_\_\_ 電話) Phone : \_\_\_\_\_  
(医療機関住所) Address : \_\_\_\_\_

【記入日】 Date : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_

【担当医署名】 Signature of Attending Physician : \_\_\_\_\_

Reference Number of your medical record (if applicable)

診療録の番号 : \_\_\_\_\_