

海外療養費取扱要綱

(目的)

第1条 この要綱は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第54条の規定に基づき海外において療養を受けた場合の療養費（以下「海外療養費」という。）について必要な事項を定めることを目的とする。

(療養費の支給)

第2条 海外療養費の支給は、病院等が発行する診療等の内容を明らかにした費用の額に関する証拠書類に基づき行うものとする。

(支給額)

第3条 海外療養費の支給額は、日本の保険医療機関等で同様の疾病等について療養の給付等を受けた場合を標準として決定するものとする。これは、実際に支払った額が標準額より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を、小さい場合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とする。

(申請手続)

第4条 被保険者が、海外療養費の支給を受けようとする場合は、診療を受けた医療費の全額を海外の医療機関等に支払い、担当の医師等から第2条の証拠書類に療養費支給申請書を添えて、帰国後保険者に申請することによりこれを行うものとする。

2 前項の申請は、帰国後に行うものとし、国外への送金は行わない。

(提出書類)

第5条 前条第1項の証拠書類は、診療の内容がわかる医師の診療内容明細書（様式A、様式C）及び領収明細書（様式B）とする。ただし、これ以外に、医師の診療内容又は領収内容がわかる書類があるときは、これも含める。

2 前項の書類が、外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文を添付するものとする。

3 前項の翻訳文には、翻訳者の氏名及び住所を記載するものとする。

(邦貨換算率)

第6条 海外療養費の支給額の算定に用いる邦貨換算率は、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いるものとする。この支給額に、1円未満の端数があるときは、国等の債権債務の金額の端数計算に関する法律（昭和25年法律第61号）第2条第1項の規定に基づき、その端数金額を切り捨てるものとする。

(適用除外)

第7条 海外療養費の申請が次の各号に該当する場合は、これを支給しない。

(1) 日本では、保険適用とされていない臓器移植（心臓又は肺等の移植等）人工授精等の不妊治療又は性転換手術等に係るもの

(2) 治療目的での渡航に係るもの

(3) その他保険の対象となっていない治療に係るもの
(併給調整)

第 8 条 申請者が加入する損害保険等から保険金が支給された場合、損害保険等との間で併給調整は、行わない。

附 則

この要綱は、平成 1 3 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 1 9 年 2 月 1 日から施行する

様式 A (Form A)

Attending Physician's Statement

診療内容証明書

- 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 (別紙参照)
- 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 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 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 _____

様式C (Form C)

Request to Attending Dental Surgeon 担当歯科医へのお願い

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 is to be completed and signed by the attending dental surgeon.

この様式は担当歯科医が記入し、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。

RECEIPT (DENTAL) 領収明細書 (歯科)

Name of Patient(Last,First) 受診者名		Age(Date of Birth) 年齢	Sex(Male·Female) 性別	
Date of First Diagnosis 初診日		Days of Diagnosis And Treatment 診療実日数		
Localization of Teeth 部位				
Permanent Tooth 永久歯 (F) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (L) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		Deciduous Teeth 乳歯 (F) e d c b a a b c d e (L) e d c b a a b c d e		
1.Name of Illness 傷病名				
(1)Dental Caries う蝕症		(2)Missing Tooth 欠損		(3)Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏
(4)Extraction Needed 抜歯		(5)The Others その他		
2.Dental Treatment 歯科治療		Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1)Initial Office Visit (初診料)				
(2)Office Visit Fees (再診料)				
(3)Days of Diagnosis and Treatment (診療実日数)				
(4)Examination Fees(検査料)				
(5)X-Ray Examinatio (レントゲン検査)				
dental 単純撮影 (標準 or デジタル)				
panorama パノラマ撮影 (標準 or デジタル)				
(6)Dental Pulp Extirpation (抜髄)				
(7)Opcration (手術)				
(8)Extraction (抜歯)				
(9)Filling (充填)				
(10)Inlaying (インレー又はアンレー)				
(11)Metal Crown (金属冠)				
(12)Post Crown (継続歯)				
(13)Jacket Crown (ジャケット冠)				
(14)Bridge Work (ブリッジ)				
(15)Plate Denture (有床義歯)				
(16)Partial Denture (局部義歯)				
(17)Complete Denture (総義歯)				
(18)Treatment of Pyorrhea Alveolaris(歯槽膿漏)				
(19)Medicine (投薬)				
(20)The Others (その他)				

the currency unii(通貨単位) Total(合計) _____

Name of Dental Surgeon 医師名 _____

Name and Address of Dentist's Office _____

医師の名称・住所 _____

Date 日付 _____