

海外療養費の支給に係る手続きについて

多賀城市の国民健康保険に加入している方が、海外旅行中などで急な病気により海外の医療機関で受診したときは、次の手続きにより海外療養費が支給されます。

- 1 医療費の全額を海外の医療機関に、一旦支払ってください。
- 2 担当の医師等から、治療内容や支払った医療費の金額等についての証明書を貰ってください。
- 3 帰国後、保険者（多賀城市）に対して申請手続きを行ってください。申請の期限は、海外で治療費を支払った日の翌日から起算して2年間となります。
- 4 申請手続きに必要な書類は、次のとおりです。
 - (1) 診療内容明細書
 - (2) 領収明細書

(1)及び(2)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（翻訳者の住所氏名を記載してください。）が必要です。

 - (3) 保険証
 - (4) 印鑑（朱肉で押印するもの）
 - (5) 銀行の通帳（又は口座番号等の控えなど）

海外の医療機関で診療内容証明書及び領収証明書の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は申請者の負担となります。
- 5 日本国内で同様の病気にかかった場合と同じく、保険の範囲内の治療が対象となります。保険適用とならないものは、支給の対象外となります。

保険適用とならないもの

 - ア 交通事故
 - イ 美容整形
 - ウ 高価な歯科材料や歯列矯正
 - エ 治療を目的に海外へ行き治療を受けた場合(例 心臓や肺などの臓器移植、人工授精等の不妊治療、性転換手術など)
 - オ 保険のきかない診療、差額ベット代など
- 6 海外療養費の額は、日本国内での同様の病気やけがで国民健康保険で治療を受けた場合を基準として算定します。
- 7 海外療養費の支給算定に際しては、支給決定日の外国為替換算率を用いることとされており、実際にお支払いしたレートとは異なります。
- 8 国民健康保険の審査は、保険対象の有無、重複受診など日本国内の療養費と同様に行われます。

多賀城市保健福祉部国保年金課
電話 0 2 2 - 3 6 8 - 1 1 4 1
内線 1 2 1 ~ 1 2 6

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)
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 _____

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

翻訳 (様式 A の続紙)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者の記入欄	
名前	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
	電話 <input type="text"/>

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

翻訳（様式Bの続紙：歯科）

その他

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名 前	<input type="text"/>
住 所	<input type="text"/> 電話 <input type="text"/>