

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、海外旅行中に急な病気等により海外の医療機関を受診したときは、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もらってください。
- 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年間です。
- 4 申請手続に必要な書類は、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（翻訳者の住所及び氏名を記載してください。）が必要です。
 - （3）保険証
 - （4）銀行の通帳（又は口座番号の控えなど）
 - ※ 海外の医療機関で診療内容明細書及び領収明細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）パスポート
 - （6）調査に関する同意書
- 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、差額ベッド代など
- 6 海外療養費の額は、日本国内での同様の病気やけがにより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、実際にお支払いされた時点での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。

多賀城市保険福祉部国保年金課

国保庶務係

電話 022-368-1697

From 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)
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 ☐
治療は自己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 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 _____

From 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 bad.

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	:	<u>Last</u>	<u>First</u>	<u>Title</u>
名前		姓	名	称号

Address :	<u>Home</u>	自宅	<u>Phone</u>	電話
住所	<u>Office</u>	病院又は診療所	<u>Phone</u>	電話

Date	:	_____	<u>Signature</u>
日付			署名

領收明細書（齒科）

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。

この様式は担当医が記入し、署名をしてください。

各月毎、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Baby teeth (乳齒)

V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V

• Cavity (C) (虫歯) • missing teeth (F) (欠歯) • stomatitis (G) (口内炎)

• Phrrhes alveolaris (P) (齒槽膿漏) • extraction needed (Z) (要拔牙)

Currency paid

(支払通貨)

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Total (計)	
-----------	--

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		
住所		電話

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	
住所	電話

翻訳 （領収明細書(歯科)の続紙）

その他

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名前	
住所	電話

(別紙)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日年月日 _____年____月____日
- ・ Starting date of medication YearMonthDay Year_____Month_____Day_____

- ・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年____月____日
- ・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year_____Month_____Day_____

多賀城市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、多賀城市の職員又は多賀城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、パスポートを多賀城市に提示することも併せて同意します。

To: Tagajo city

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize Tagajo city 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, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が被成年後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

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) _____

(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6カ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____Month_____Day_____

(Relation to patient) Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six months after you signed.

なお、国や地域、医療機関からの所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if national or local governments or medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

※ 下線部全てについて記入してください。

※ Please fill it out about all underlined parts.