

海外療養費制度

(国民健康保険法の改正により2016年4月1日から)

国保に加入されている方が、海外渡航中に病院やケガで治療を受け、帰国後、必要書類を提出して認められると、療養費の支給として、国内での保険給付相当分の払い戻しを受けることができます。

【支給される範囲】

1. 日本での保険適用分(緊急な場合での受診)

【支給されない範囲】

1. 保険のきかない診療、差額ベッド代。
2. 美容整形。
3. 高価な歯科材料や歯列矯正。
4. 治療を目的に海外へ行き治療を受けた場合。(心臓・肺等の臓器の移植・不妊治療)
5. 交通事故やけんかなど第三者行為や不法行為に起因する病気・けが。

【申請窓口】

1. 那覇市役所 国民健康保険課 862-4262 (給付担当 :13番窓口)

* 請求期限 治療費を支払った日の翌日から起算して2年間*

【申請および支給までの手順】

- ① 国外に行く前に、市役所の窓口で「診療内容明細書」「領収明細書」の用紙を受け取り、国外に携帯してください。
- ② 海外で疾病にかかった場合、治療費の全額を医療機関に支払い、領収書を受け取ります。「診療内容明細書」「領収明細書」を医師に記入してもらい、受け取ります。なお、月をまたがって受診した場合、1ヵ月単位の入院・外来別で作成してもらってください。(用紙はコピーしてください)
- ③ 帰国後、必要書類を持参し、海外療養費の申請をしてください。
- ④ 国保連合会で書類を審査し、保険診療の範囲内で支給額を決定します。
- ⑤ 国保連合会審査後、さらに那覇市のレセプト点検員が審査を行い、日本国内で同様の治療をした場合にかかる保険診療の範囲内で「標準額」を算定、支給額を決定します。
- ⑥ 支給は、申請月から4～6ヵ月後に口座へお振込いたします。

【必要書類】

(注)②③⑤の書類は、海外からもってくる書類です。

1. 療養費支給申請書(申請窓口で記載していただく書類です。)
- ②. 診療内容明細書:診療内容等がわかる医師の明細書。
- ③. 領収明細書:内訳がわかる領収書。
4. 診療内容明細書と領収明細書の日本語訳文。(翻訳者の住所・氏名が記載され、押印されているもの。)
- ⑤. 海外の医療機関に全額治療費を支払った領収書。(原本)
6. 世帯主の印鑑。(認め印)
7. 世帯主又は受診した方の預金通帳(郵便局以外の口座)
8. 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
9. 調査に関する同意書

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

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 should be completed and signed by the attending physician
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。

**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 of National Health Insurance (Please refer to the table attached to 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)

_____ (NO. _____)

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 detail)
症状の概要(詳しく記載してください)

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in detail)
処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

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による

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 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務局長へのお願

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 should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic
この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

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	入院管理費	\$	_____
(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のないものは除いて下さい。

Name of Patient

患者名 Last 姓 _____ First 名 _____

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務局長の名前及び住所

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 _____

RECEIPT(DENTAL) 領収明細書 (歯科)

Request to Attending physician (担当医へお願い)

- 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。
- 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。
- 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。
- Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
- Please specify material, for items marked ※. ※印の項目については材質も明記してください。

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
------------------------	-----------------------	-----------	---------------------------------	---------------------------------

Date of First Diagnosis 初診日	Duration of Treatment 診療日数	_____ days 日間
--------------------------------	-------------------------------	------------------

Permanent Teeth (永久歯)								Baby Teeth(乳歯)																					
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Identify examined teeth(該当する部位を○で囲み病名をつける)
 ・Cavity(C)(虫歯) ・missing teeth(F)(欠歯) ・stomatitis(G)(口内炎)
 ・Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏) ・extraction needed(Z)(要抜歯)

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療			Comp.複合レジン 1. Serf		
2. X-ray レントゲン診断			2. Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3. Serf		
Periapical 標準型 ×			※Other(Material)		
Panoramic パノラマ ×			その他 _____		
Models スタディモデル			※9. Inlay/Onlay(Material)		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			インレー/アンレー		
4. Prophylaxes 予防			10. Amal./Comp.Build-up		
Scaling 歯石除去			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア		
5. Extraction 抜歯			※Other (Material)		
			その他 _____		
6. Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			11. Crown 冠		
			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
			Silver alloy 銀合金		
Gingival Curettage 毛嚢搔爬			※Other(material)		
			その他 _____		
7. Pulp Cap 歯髄覆			※12. Bridge Work ブリッジ		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Abut (material)		
Root Canal Therapy			支台歯		
根管治療 1canal 根管					
2canal			Pontic (material)		
3canal			ダミー		
8. Filling 充填			※13. Plate Denture (material)		
Amal.アマルガム 1. Serf 面			有床義歯 _____		
2. Serf			※14. Other(Material)		
3. Serf			その他 _____		

Total Fee 合計

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地	
Date 日付	Signature 署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。

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 [風邪]

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎

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
- X I 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**
尿路性器系の疾患
- 1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
- 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
- XV 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
- XVI 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

- XVII 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
- XVIII 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
- XIX 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
熱傷及び腐食
- 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、国民健康保険の適用外です。

調査に関する同意書（海外療養費）

・治療開始日 _____年__月__日

・被保険者（患者）

（被保険者名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____年__月__日

那覇市 宛

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、
貴市の職員あるいは、貴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、貴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。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者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・押印してください。

（氏名） _____印

（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ヶ月です。