

「海外療養費制度」のお知らせ



海外旅行など海外渡航中に病気・けがをして海外の医療機関で診療等を受けた場合に国民健康保険が適用される場合があります。

【申請に必要なもの】

○療養費申請書

○「診療内容明細書」「領収明細書」

（外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文が必要です。）

※歯の治療は、治療した歯の位置のわかるものが必要です。また、詰め物・冠・義歯等は使用した素材が何かを記載してください。（素材によって保険の使えないものがあります。）

※「療養費申請書」「診療内容明細書」「診療内容明細書」は診療月、医療機関、入院、外来が異なる毎に1枚、必要です。

○領収書原本（外国語で作成されている場合は日本語の翻訳文が必要です。）

○海外渡航の証明になるもの、（パスポート等）

※パスポート場合顔写真のページ、海外渡航のスタンプが押してあるページのコピー

○世帯主の印鑑 ○振込口座の預金通帳

○窓口に来られる方の本人確認書類（免許証等）

○世帯主及び受診された方の個人番号が確認できるもの

○調査に係る同意書

○代理の方又は住民票上別世帯の方が手続きする場合、「委任状」が必要です

【対象とならないもの】

- ・日本国内で国民健康保険が適用されないケースは対象外です。
- ・療養を目的として外国へ行き、診療を受けた場合は支給されません。（日本で病気の実事がわかり、自国に帰って治療するなど）

【その他注意事項】

- ・払戻しには審査がありますので、申請月から3か月後の月末頃に支給されます。
- ・海外療養費は、日本国内での治療に要する費用に準じて計算した額と、実際に要した額とを比較して少ないほうの額から一部負担額を控除した額が支払われます。
- ・海外療養費の払戻し請求期限は、その治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。
- ・海外へ行く前に海外の医療機関で記入してもらう用紙「診療内容明細書」「領収明細書」を国保年金課の窓口で入手しておくとう便利です。
- ・必要に応じて民間の海外旅行傷害保険等にも加入しておくとう安心です。（海外の場合、日本国内と同じ病気やけがでも、国や医療機関によって請求金額が大きく異なります。）

【申請・問合せ】

豊田市役所 国保年金課 国民健康保険担当（南庁舎1階）

電話：（0565）－34－6637

FAX：（0565）34－6007

メール：kokuhonenkin@city.toyota.aichi.jp

年 月分 豊田市国民健康保険療養費支給申請書

豊田市長 様

国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定に基づき、療養費の支給を申請します。

※太枠内を記入してください。

申請年月日 年 月 日

（世帯主） 申請者	住 所		
	氏 名		電話
	個人番号		

被保険者記号・番号		療養を受けた被保険者氏名	
生 年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 高齢者区分1・2・3 <input type="checkbox"/> 乳幼児(6歳未満)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
個 人 番 号		交通事故等の第三者行為	有・無
振込口座	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 (店番号)	本 店 支 店 出張所
	預金種別	口座番号	フリガナ
	普通・当座		名義人
	<input type="checkbox"/> 申請者の公金受取口座を利用		個人番号

※世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の受領委任状を記入してください。

受領委任状	
今回の療養費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。	
記	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
受任者	住 所
	氏 名
委任者 (世帯主)	氏 名
	印 自署の場合は押印不要

傷病名	発病・負傷年月日
別紙のとおり	年 月 日
療養期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	療養に要した費用 円
発病原因及び経過 <input type="checkbox"/> 装具による経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	療養内容
療養の給付を受けることができなかった理由 <input type="checkbox"/> 業者に装具の製作を依頼したため <input type="checkbox"/> その他	療養を受けた機関及び所在地 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/>
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師氏名	

療養費支給明細書		
審査決定総点数	給付割合	支給金額
(× 10円) ×	=	円

添付書類確認	滞 納	充 当	福祉医療	受付
<input type="checkbox"/> 領収書	有・無	する	有・無	
<input type="checkbox"/> 医師の証明書又は診療報酬明細書		しない	(乳・小中・障・母・精)	

処理欄

(窓口に来た人)	(続柄)
本人確認 1点: 免・個・在・身・他 ()	
2点: 他 ()	

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the national health insurance benefit.
この様式は国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, One form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式1枚が必要です。

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 _____ 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.
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)
☐ 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 ☐
治療は事故の障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 _____

Form B
様式 B

1. This form is used for claiming the national health insurance benefit.
この様式は国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, One form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣について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)	\$	\$
	unit is(貨幣単位)		
(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ください。

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 姓 First 名 Title 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 : Signature 署名

領 収 明 細 書（歯 科）

Request to Attending physician

担当医へお願い

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。

Separate receipt required for prescriptions.

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent（疾病の名称および部位）

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

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）
- Phrrhes alveolaris (P)（歯槽膿漏）
- extraction needed (Z)（要抜歯）

Date of First Diagnosis(初診日)

Currency paid

Days of Diagnosis and Treatment(診療を行った実日数)

_____ day(日)

(支払通貨)

Office Visit Fees(診断料)

Examination Fees(検査料)

X-Ray Fee(レントゲン)

Other(その他)

Services（治療した歯の部位と治療の種類）

Describe when gold or platinum was used

(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

•Filling（充てん）

•Inlaying（インレー又はアンレー）

•Capping(metal)（金属冠）

•Jacket capping（ジャケット冠）

•Capping connected（歯冠継続歯）

Chipped Teeth（欠損歯を補綴した場合その部位と種類）

•Bridge（ブリッジ）

•Partial artificial teeth（局部義歯）

•Total artificial teeth（総義歯）

Name of Hospital or Clinic（病院又は診療所名称）

Signature of Doctor（担当医署名）

Date（日付）

Total（計）

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

(12) その他（項目明記）

	翻訳者の記入欄
名前	
住所	電話

その他

	翻訳者の記入欄
名前	
住所	電話

調査に関わる同意書

・ Insured (Patient) 被保険者 (患者)

Address 住所

Date of birth 生年月日 Year Month Day 年 月 日

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市(区町村)が委託した愛知県国民健康保険団体連合会が、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。

To: ToyotaCity (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office 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.

Signature

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下さい。なお、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年被後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印して下さい。

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.

Signature 氏名 印

Address 住所

Date 日付 Year 年 Month 月 Day 日

Relation to the insured 患者との関係 : Self ・Guardian ・Heir ・ Other
:本人・親権者・法定相続人・その他〔 〕

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

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

なお、国や地域、医療機関から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頂くことがあります。

1) 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連発・後遺症

0109 Others

その他の感染病及び寄生虫症

2) 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

その他の新生物

0211 Others

良性新生物及びその他の新生物

3) 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障害

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障害

4) 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

5) 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 現性

0506 Mental retardation

精神遅滞

0507 Others

その他の精神及び行動の障害

6) Diseases of the nervous system

精神系の疾患

0601 Parkinson's diseases

パーキンソン病

0602 Alzheimer's diseases

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 automatic nervous system

自律神経系の障害

0606 Others

その他の神経系の疾患

7) 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

8) Diseases of the ear and mastoid process

耳及び乳様突起に疾患

0801 Otitis externa

外耳炎

0802 Others 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

9) 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 hemorrhage

くも膜下出血

0905 Intracerebral hemorrhage

脳内出血

0906 Occlusion

脳梗塞

0907 Cerebral atherosclerosis

脳動脈硬化（症）

0908 Other cerebrovascular diseases

祖に他の脳血管疾患

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

10) Diseases of the respiratory system

呼吸器系の疾患

1001 Acute nasopharyngitis (common cold)

急性鼻咽頭炎〔かぜ〕

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis

急性鼻咽頭炎及び急須扁桃腺

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 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

その他の呼吸器系疾患

11) Diseases of the digestive system

消化器系の疾患

1101 Dental caries

う蝕

1102 Gengivitis 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

12) 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

皮膚及び失湿疹

1203 Others

その他の皮膚及び皮下組織の疾患

13) 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 Artrosis

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

腰痛症及び坐骨神経痛

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

14) 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期の疾患

15) 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 (not covered by the

National Health Insurance)

単胎自然分娩

1504 Others

その他の妊娠、分娩及び産じょく

16) 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

17) 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

18) Symptoms, signs and abnormal clinical
and
laboratory findings, not elsewhere
classified

病状、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

1801 Symptoms, signs and abnormal clinical
and

laboratory findings, not elsewhere
classified

病状、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

19) Injury, poisoning and certain other
consequences of external causes

負傷、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

熱湯及び腐食

1904 Poisoning

中毒

1905 Others

その他

Information on the Reimbursement of Overseas Medical Expenses

The National Health Insurance system now provides coverage for medical expenses if you get sick or injured during your short-term overseas trips (only in cases of emergency).

Procedures:

- ① Before going overseas, please request the following documents at the Health Insurance & Pension Division counter:
 - Examination contents statement (“Shinryou Naiyou Meisaisho”)
 - Itemized Receipt (“Ryoushu Meisaisho”)
 - ② If you find yourself in an emergency situation and consult a doctor overseas, you will have to pay first the total costs of the medical examination and later ask for its reimbursement. Please do not forget to ask the physician to carefully fill out the forms mentioned above.
 - ③ After your return to Japan, you can apply for the reimbursement at the Health Insurance & Pension Division.
 - ④ It is important to have mind that you can receive partial reimbursement of medical expenses only for treatments that are covered by The National Health Insurance system. The percentage of reimbursement also varies according to the age of the applicant.(Be careful, as not all medical treatments are covered by the National Health Insurance system).
- The documents will be evaluated and from the month of application, the process may take around 4 months.

Necessary documents:

- Please bring the examination contents statement (“Shinryou Naiyou Meisaisho”) and the itemized receipt (“Ryoushu Meisaisho”). If written in another language, these documents must be translated into Japanese.
- * In case of dental treatment, it is necessary to present a written description showing the exact location of the teeth. In addition, it is necessary to present a detailed description of the materials used in treatments such as dental fillings, crowns and artificial denture (dental prosthesis), etc. Please be aware that depending on the material used, the National Health Insurance does not provide coverage for dental treatments.
- Original payment receipts
- The personal seal (Inkan) of the householder
- The householder’s bank account number or bankbook (excluding the post office savings account)
- Identification document(Residence card,Driner’s license,etc.)

Other important information:

- The reimbursement of medical expenses will be evaluated based on the cost of the same treatment made at medical institutions in Japan.
- Medical treatments that are not covered by the National Health Insurance in Japan cannot be reimbursed.
- The National Health Insurance does not cover alternative treatments such as massage therapy, acupuncture, oriental medicines & others.
- The National Health Insurance will not cover the expenses of those who went overseas especially for a medical treatment. In other countries, depending on the treatment or medical institution, the amount charged might be different from the one charged in Japan. So, if you think it is necessary, you are also advised to join a private insurance for overseas trips. In this case, consult your travel agency.
- The deadline for application is within 2 years from the following day you paid the medical expenses.
- If you are planning to stay more than 1 month abroad, please consult us in advance, before your departure.

For detailed information, please contact:

Toyota City Hall Health Insurance & Pension Division (South building-1st.floor)

Tel.: (0565) 34-6637 (direct)

