

「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」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身分証明書 (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は「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。(日本で病気の事実がわかり、自國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、通常申請月から3か月後の月末に支給されます。
- ・ 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

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者（世帯主） 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

豊田市長 様

被保険者 記号・番号			世帯主名			
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名		個人番号		申請者との 続柄	
	住所					
	診療期間	自至	受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養者		
	発病負傷日				診療 日数	
	傷病名					
	受診した 医療機関	名称	()		診療科	
		所在地				
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児		
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称			
審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為		有	無	
療養費の 種別	一般診療・補装具・柔整・その他()					
療養の給付を 受けた 理由						
受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人		
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			
	支店					
	口座種別	普通・当座・その他()		口座番号		
点数		総医療費			支給額	
負担率		一部負担額				

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 (申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

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。

Form A

樣式 A

Attending Physician's Statement

診療內容明細書

Attending physician 担当医
Reference number of your medical record (if applicable)
診療録の番号

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 (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) 間)	
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)	Total (計)
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付)	

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

Agreement of Authorization
調査に関する同意書

• Starting date of medication 治療開始日 Year _____ Month _____ Day _____
_____ 年 月 日

• Insured (Patient) 被保険者 (患者)

Name of the insured 被保険者名 _____

Address 住所 _____

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

豊田市(区町村) 御中

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。

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、パスポートを貴市 (区町村) に提示することも併せて同意します。

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.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

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 自署の場合は押印不要
Address 住所 _____

Date 日付 Year _____ Month _____ Day _____ 年 月 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 カ月間です。

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。

国民健康保険用国際疾病分類表・英語版
Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

1) Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物
0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0206 Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物
0102 Tuberculosis 結核	0207 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物
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	0208 Malignant lymphoma 悪性リンパ腫
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	0209 Leukemia 白血病
0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎	0210 Other malignant neoplasms その他の新生物
0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患	0211 Others 良性新生物及びその他の新生物
0107 Mycoses 真菌症	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
0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の連発・後遺症	0301 Anemia 貧血
0109 Others その他の感染病及び寄生虫症	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
2) Neoplasms 新生物	4) Endocrine, nutritional and metabolic disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患
0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0402 Diabetes mellitus 糖尿病
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	0403 Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	

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	
粗に他の脳血管疾患	
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 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	
胰疾患	
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	
系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)	1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	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
laboratory findings, not elsewhere classified	1901 Fracture 骨折
病状、微候及び異常臨床所見・異常検査所見で	1902 Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
他に分類されないもの	1903 Burns and corrosions 熱湯及び腐食
1801 Symptoms, signs and abnormal clinical and	1904 Poisoning 中毒
laboratory findings, not elsewhere classified	1905 Others その他
病状、微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	

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 prothesis), etc. Please be aware that depending on the material used, the National Health Insurance does not provide coverage for dental treatments.
- Original payment receipts
- Your health insurance card (Hokensho)
- 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)

