

## 「国民健康保険における海外療養費制度」

のご案内

### 海外療養費について

- 治療を目的に海外に渡航し、治療を受けた場合には認められません。
- 日本国内での保険診療として認められた治療に限ります。
- 添付する書類は日本語に翻訳してください。
- 申請は帰国後となります。
- 申請に必要な書類等は以下のとおりです。
  - ・療養費支給申請書
  - ・診療内容明細書※<sub>1</sub>
  - ・領収明細書※<sub>1,2</sub>
  - ・現地医療機関が発行した領収書等の書類原本※<sub>3</sub>
  - ・保険証
  - ・パスポート等（用意できない場合は、航空券等、出入国がわかるもの）
  - ・印鑑（スタンプ印は不可）
  - ・銀行口座が分かるもの（原則世帯主のもの）
  - ・調査に関わる同意書

※<sub>1</sub> 診療内容明細書と領収明細書は原則、診療を行った医師や、病院の会計担当の方が作成するものです。医療機関で月ごと、入院・外来別で作成していただく必要があります。

※<sub>2</sub> 領収明細書と実際の領収書の金額に差異がある場合には、審査ができません。必ず金額が一致していることを確認した上で、ご申請ください。

※<sub>3</sub> 審査の厳格化に伴い、現地医療機関の書類につきましては、基本的に全て日本語訳が必要です。

- 療養費支給申請書、診療内容明細書、領収明細書は  
大田区ホームページからダウンロードできます。

大田区役所  
国保年金課国保給付係  
電話：03-5744-1211

海外療養費は、日本国内での保険医療機関等で  
給付される場合を基準として支払われます。

海外での治療費は各国によって異なります。海外療養費の額は、日本国内で同様の医療行為を受けた場合を基準(以下基準額という。)として決定されます。海外で支払った額には、支払決定日の外国為替換算率(売レート)を乗じ、算定します。そのため、実際に海外で支払った金額と支給額で大きな差が発生することがあります。

#### 海外で支払った医療費が基準額より低い場合

- 支給額＝海外で支払った医療費－(海外で支払った医療費×一部負担割合)

#### 海外で支払った医療費が基準額より高い場合

- 支給額＝基準額－(基準額×一部負担割合)

日本国内で保険適用となっていない医療行為は  
給付の対象になりません。

美容整形や、世界でもまれな最先端医療、性転換手術などは対象となりません。あくまでも、日本国内で保険診療の対象となっているものに限られていますのでご注意ください。

また、自然分娩も対象外ですが、こちらは出産育児一時金が支払われます。

#### ※海外で出産した場合の出産育児一時金の申請について (必要書類)

- 出生証明書 (原本と日本語訳)
- 出産に要した費用の領収書 (原本と日本語訳)
- パスポート等
- 銀行口座が分かるもの (原則世帯主のもの)
- 印鑑 (スタンプ印は不可)

# 国民健康保険療養費支給申請書

種別	1 療養医科	2 療養歯科	3 療養調剤	4 老人施設
1.一般	5 補装具	6 看護	7 生血	8 海外(□ 医科・□ 歯科)
2.退本	9 柔道整復(主払い)	10 はりきゆう(主払い)	11 マッサージ(主払い)	
3.退扶	3.その他			
診療年月	平成 年 月 日	被保険者の 記号番号	11 - .	
診療を受けた 被保険者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成	
療養期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	療養に要し た費用	円	
医療機関等	名称	国名( )		
	所在地	通貨( )		
申請の理由 (具体的に)			第三者行為の有無	有・無
払込みを希望 する金融機関	銀行コード		支店コード	
	銀行 信用金庫 組合		普通 支店 当座	預金
	口座番号(右詰め)		フリガナ	
			口座名義人	

受領については、口座名義人に委任します。

世帯主名

(印)

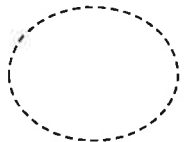
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

(あて先) 大田区長

世帯主	住所	〒	電話
	氏名	(印)	

すて印



届出人	住所	〒	電話
	氏名	(印)	

処理欄 ※ここから下は記入しないでください。

総費用額	他法負担額	一部負担金	差引金額

申請年月日		給付コード	公費
H	1. 7割		マルされている場合、入力
	2. 10割		80. マル障
医療機関コード(府県・点数以外を入力)		3. 8割 未就学児	81. マル親
府県	点数	4. 7割 高齢者	88. マル子 マル乳
		5. 8割 高齢者(自己負担2割)	その他
		6. 8割 高齢者(自己負担1割)	( )

資格チェック

受付

**Attending Physician's Statement**  
**診療内容明細書**

**【1】**

Name of Patient〈患者名〉 \_\_\_\_\_

Age (Date of Birth) 〈生年月日〉 \_\_\_\_\_

Sex〈性別〉 \_\_\_\_\_

Male                      •                      Female

**【2】**

Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See other side of this form)

A sickness and wound name〈傷病名〉 \_\_\_\_\_

Number of Number 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番号〉 \_\_\_\_\_

**【3】**

Type of Treatment〈治療の分類〉 \_\_\_\_\_

Hospitalization(入院) • Out patient or Home visit(外来)

Duration of Treatment〈診療日数〉 \_\_\_\_\_

(年月)    Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

(日数)    Duration: \_\_\_\_\_ days

Date(Mark the day when a patient visited your medical institution.) 〈診療日〉

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**【4】**

Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 〈症状の概要〉 \_\_\_\_\_

**【5】**

Prescription, operation and any other treatments (in brief) 〈処方、手術その他の処置の概要〉 \_\_\_\_\_

**【6】**

Was the treatment required as a result of an accidental injury? 〈治療は事故の傷害によるものですか?〉

Yes

No

**【7】**

Amounts paid to Hospital 〈治療実費〉 ※Please fill in Form B with the details.

**【8】**

Name and Address of Attending Physician 〈担当医の名前および住所〉

Name 〈名前〉 \_\_\_\_\_

Name of medical institution 〈医療機関名〉 \_\_\_\_\_

Address of of medical institution 〈医療機関住所〉 \_\_\_\_\_

Date 〈日付〉 \_\_\_\_\_

Signature 〈署名〉 \_\_\_\_\_

Reference numbers of your Medical Record (if applicable) 〈診療録の番号〉 \_\_\_\_\_

診療内容明細書

【1】  
患者名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 受診時の年齢 \_\_\_\_\_ 歳

性別 \_\_\_\_\_ 男 . \_\_\_\_\_ 女

【2】  
傷病名および国民健康保険用疾病分類番号

傷病名 \_\_\_\_\_

国民健康保険用疾病分類番号 \_\_\_\_\_

【3】  
治療の分類 \_\_\_\_\_ 入院 . \_\_\_\_\_ 外来

診療年月 (年月) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

(日数) \_\_\_\_\_ 日

診療日 (マルをつけてください)

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

【4】  
症状の概要

【5】  
処方、手術その他の処置の概要

【6】  
治療は事故の傷害によるものですか? \_\_\_\_\_ はい . \_\_\_\_\_ いいえ

【7】  
治療実費(領収明細書にご記入ください。なお、その他の項目がある場合は和訳をしてください。)

【8】  
担当医の名前および住所

名前 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療録の番号 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_

翻訳者氏名 \_\_\_\_\_

翻訳者連絡先 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

**Itemized receipt**  
領収明細書

Country (国名) \_\_\_\_\_

Currency (通貨単位) \_\_\_\_\_

	Items	項目	Amount (金額)
1	Fee for initial office visit	初診料	
2	Fee for follow-up office visit	再診料	
3	Fee for home visit	往診療	
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 (Please mention the details in the following blanks.) (その他)		
	Items	項目	Amount (金額)
	Others Total	その他合計	
13	Total	合計	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for abed

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

担当医または病院事務長の名前および住所

Name \_\_\_\_\_  
名前Title \_\_\_\_\_  
称号Address: Home \_\_\_\_\_  
住所 自宅  
Office \_\_\_\_\_  
病院または診察所Phone \_\_\_\_\_  
電話  
Phone \_\_\_\_\_  
電話

Date (記入日) \_\_\_\_\_

Signature (署名) \_\_\_\_\_

海外療養費標準額(点数)

東京都国民健康保険団体連合会

平成30年4月審査分から適用

一般医療		入院	入院外
<b>I. 感染症及び寄生虫症</b>			
0101	腸管感染症	8 3,250	1 666
0102	結核	20 2,412	2 1,645
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	11 2,494	2 753
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	11 3,022	2 461
0105	ウイルス肝炎	12 4,248	2 2,679
0106	その他のウイルス疾患	11 3,414	2 1,293
0107	真菌症	21 2,776	1 615
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	27 1,937	2 1,570
0109	その他の感染症及び寄生虫症	15 4,325	2 859
<b>II. 新生物</b>			
0201	胃の悪性新生物	12 5,088	2 1,986
0202	結腸の悪性新生物	11 5,412	2 2,232
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	12 5,922	2 3,315
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物	11 5,039	2 2,320
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物	13 5,031	2 4,066
0206	乳房の悪性新生物	9 6,095	2 2,868
0207	子宮の悪性新生物	10 5,604	1 1,545
0208	悪性リンパ腫	17 5,515	2 3,811
0209	白血病	19 7,281	2 5,149
0210	その他の悪性新生物	13 4,955	2 2,841
0211	良性新生物及びその他の新生物	9 6,139	1 1,278
<b>III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</b>			
0301	貧血	11 2,798	2 1,197
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	14 5,406	1 3,034
<b>IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患</b>			
0401	甲状腺障害	13 2,850	1 1,179
0402	糖尿	16 2,529	1 1,276
0403	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	14 2,742	1 895
<b>V. 精神及び行動の障害</b>			
0501	血管性及び詳細不明の認知症	28 1,401	2 975
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	22 1,535	2 795
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	29 1,304	2 877
0504	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	25 1,574	1 647
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	22 1,723	1 625
0506	知的障害(精神遅滞)	29 1,525	2 656
0507	その他の精神及び行動の障害	26 1,665	1 756

一般医療		入院	入院外
<b>VI. 神経系の疾患</b>			
0601	パーキンソン病	26 2,210	2 1,131
0602	アルツハイマー病	28 1,396	2 943
0603	てんかん	18 2,451	1 919
0604	脳性麻痺及びその他群の麻痺性症候	29 2,130	2 846
0605	自律神経系の障害	24 2,589	1 703
0606	その他の神経系の疾患	17 2,942	2 862

<b>VII. 眼及び付属器の疾患</b>			
0701	結膜炎	15 2,471	1 612
0702	白内障	4 6,904	1 1,030
0703	屈折及び調節の障害	6 5,556	1 612
0704	その他の眼及び付属器の疾患	7 5,821	1 856

<b>VIII. 耳及び乳突突起の疾患</b>			
0801	外耳炎	21 2,664	2 400
0802	その他の外耳疾患	25 2,036	1 503
0803	中耳炎	7 5,610	2 473
0804	その他の中耳及び乳突突起の疾患	8 8,112	2 478
0805	メニエール病	7 2,850	2 579
0806	その他の内耳疾患	5 3,470	1 913
0807	その他の耳疾患	9 4,289	2 661

<b>IX. 循環器系の疾患</b>			
0901	高血圧性疾患	17 1,981	1 800
0902	虚血性心疾患	7 10,073	1 1,257
0903	その他の心疾患	15 5,025	1 1,266
0904	くも膜下出血	23 4,112	1 1,172
0905	脳内出血	23 2,984	2 1,148
0906	脳梗塞	21 2,970	2 1,005
0907	脳動脈硬化(症)	17 2,300	1 943
0908	その他の脳血管疾患	14 4,802	1 1,274
0909	動脈硬化(症)	12 6,432	2 1,064
0910	痔核	6 2,564	1 733
0911	低血圧(症)	12 3,023	1 896
0912	その他の循環器系の疾患	12 7,390	2 1,380

<b>X. 呼吸器系の疾患</b>			
1001	急性鼻咽頭炎〔かぜ〕(感冒)	13 2,011	2 517
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	7 3,307	1 541
1003	その他の急性上気道感染症	8 3,058	1 501
1004	肺炎	14 2,984	2 1,075
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	8 3,296	1 529
1006	アレルギー性鼻炎	12 2,885	1 489
1007	慢性副鼻腔炎	7 8,903	2 473
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	17 2,162	1 635
1009	慢性閉塞性肺疾患	21 2,274	2 1,237
1010	喘	9 3,215	2 633
1011	その他の呼吸器系の疾患	16 3,278	2 1,286

<b>XI. 消化器系の疾患</b>			
1101	う蝕	12 2,790	2 664
1102	歯肉炎及び歯周疾患	24 2,292	2 882
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	16 2,814	1 704
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	12 3,542	2 914
1105	胃炎及び十二指腸炎	12 2,506	2 771
1106	アルコール性肝疾患	14 3,078	1 999
1107	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	19 1,806	2 762
1108	肝硬変(アルコール性のものを除く)	16 2,832	2 1,349
1109	その他の肝疾患	14 3,029	1 1,000
1110	胆石症及び胆のう炎	11 4,857	1 1,256
1111	膵疾患	12 4,114	1 1,327
1112	その他の消化器系の疾患	9 3,983	1 1,043

<b>XII. 皮膚及び皮下組織の疾患</b>			
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	12 2,915	2 559
1202	皮膚炎及び湿疹	18 2,318	1 486
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	20 2,443	1 559

<b>XIII. 筋骨格系及び結合組織の疾患</b>			
1301	炎症性多発性関節障害	14 3,224	2 1,170
1302	関節症	16 5,133	3 460
1303	脊椎障害(脊椎症を含む)	16 3,926	3 433
1304	椎間板障害	12 4,295	3 444
1305	頸腕症候群	17 1,816	2 449
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	12 2,179	2 543
1307	その他の脊柱障害	14 6,515	2 515
1308	肩の傷害(損傷)	20 2,205	3 422
1309	骨の密度及び構造の障害	18 3,142	2 634
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	18 3,153	2 661

<b>XIV. 腎尿路生殖器系の疾患</b>			
1401	糸球体疾患及び腎細管間質性疾患	12 3,353	2 1,297
1402	腎不全	19 3,256	8 2,955
1403	尿路結石症	6 5,364	1 1,332
1404	その他の腎尿路系の疾患	16 2,619	1 864
1405	前立腺肥大(症)	9 4,024	1 846
1406	その他の男性生殖器の疾患	7 3,842	1 671
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	7 3,545	1 541
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	6 5,435	2 775

<b>XV. 妊娠、分娩及び産じょく</b>			
1501	流産	2 6,352	2 762
1502	妊娠高血圧症候群	8 5,252	2 370
1503	単胎自然分娩		
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく	7 3,524	2 542

<b>XVI. 周産期に発生した病態</b>			
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	13 6,771	1 868
1602	その他の周産期に発生した病態	6 4,264	1 601

<b>XVII. 先天奇形、変形及び染色体異常</b>			
1701	心臓の先天奇形	10 12,145	1 1,619
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	13 5,139	1 1,051

<b>XVIII. 症状、徴候等で他に分類されないもの</b>			
1800		16 2,362	2 932

<b>XIX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響</b>			
1901	骨折	17 3,472	2 757
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	16 3,724	2 1,392
1903	熱傷及び腐食	16 4,002	2 431
1904	中毒	6 4,481	1 465
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	14 3,628	2 645

海外療養費を申請する前に確認してください

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 大田区の国民健康保険の資格はありますか   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 診療内容明細書の原本(Form A)はありますか  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 診療内容明細書の和訳はありますか  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 領収明細書原本(Form B)はありますか   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 領収書原本はありますか   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 領収書等の添付書類の和訳はありますか  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 療養費支給申請書はありますか<br>申請時に窓口で記入することができます。<br>振込先の銀行名、口座名をわかるようにして、印鑑をご持参ください。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 海外で療養を受けた方のパスポートはありますか<br>(パスポートが用意できない場合は、航空券等、出入国が分かるもの)                | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9 申請の際に、「調査にかかる同意書」を記入していただきます。<br>同意いただけない場合は申請ができませんので、ご協力お願い致します。        |                             |                              |

※海外療養費の申請は、以下のとおりに申請していただきます。従って、書類が複数枚必要になる場合があります。  
本パンフレット添付のForm A,Bを複数枚用意しておくことをお勧めします。

- 受診者ごとの申請
- 月ごとの申請
- 医療機関ごとの申請
- 医科外来と医科入院は別々に作成
- 歯科外来と歯科入院は別々に作成
- 調剤のみの申請はできません。医科または歯科の中に含めてください