

# 海外療養費の支給申請について

川口市国民健康保険の被保険者が、海外渡航中(旅行・出張・帰省など)に急病やけがで治療を受けた場合、帰国後、申請により、かかった医療費の一部について払い戻しを受けることができます。

## 支給要件

- ① 受診時に川口市国民健康保険の資格を有していること
- ② 治療目的の渡航でないもの
- ③ 日本国内で保険適用となっている医療行為であること

注：臓器移植(心臓・肺など)や人工授精などの不妊治療、性転換手術、美容整形などの医療は支給対象外です。また、自然分娩も医療行為でないため支給対象外です。

## 申請に必要な書類 (申請は帰国後となります)

- ① マイナ保険証、国民健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせのいずれか
- ② マイナンバー(個人番号)がわかるもの
- ③ 身元の確認ができる書類(マイナンバーカードなど)

※①～③は、世帯主及び受診者の分が必要です。また、それ以外の代理人が申請する場合は、代理人の身元確認書類が必要です。

- ④ 診療の内容などがわかる医師(医療機関)の診療内容明細書(別添「様式A」両面)
- ⑤ 領収明細書などの支払証明(別添「様式B」両面)

※歯科診療の場合は別添の「様式C」が必要です。

現地医師に漏れなく記入・署名してもらってください。

また、別添書式以外でも、それに準ずる内容の証明であれば、受付可能な場合がありますので、お問い合わせください。

- ⑥ 現地の医療機関で発行された領収書などの原本とその日本語翻訳文

(翻訳文の様式は任意です。翻訳文には、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載し、署名してください。)

- ⑦ 受診者の渡航確認書類(パスポート、航空券、航空会社発行の搭乗証明書、出入国在留管理庁の出入(帰)国記録(本人等の開示請求が必要)など)

※自動化ゲートの利用等により出入国スタンプが押されていないパスポートでは渡航履歴の確認は行えませんので、ご注意ください。

- ⑧ 世帯主の口座番号のわかるもの(通帳など)

そのほかに、窓口にて「理由書」、「調査に関わる同意書」(受診者が記入・署名してください)をご記入いただきます。

◎平成28年1月より個人番号(マイナンバー)の利用開始に伴い、本人確認(個人番号及び身元の確認)書類の提示が必要となります。

◎提出された申請書類一式は、審査機関へ送付して、医療行為が適正であったかを審査した後に、川口市国民健康保険において支給決定をします。申請をしてから約3ヶ月後の支給になります。

◎申請期限は、領収書に記載された日付の翌日から2年間です。

◎申請場所は、川口市役所国民健康保険課になります。

**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 health insurance benefit.  
この様式は患者の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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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

**Form A**

**様式A**

1. Name of Patient(Last, First)      Age(Date of birth)      Sex (Male · Female)  
患者名      年齢(生年月日)      性別
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号  
( No. )
3. Date of first Diagnosis  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment  
診療日数      days
5. Type of Treatment  
治療の分類  
☐ Hospitalization      From      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      自      /      /      至      /      /      (      日間)  
☐ Outpatient 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  
治療は事故の傷害によるものですか。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name      Last(姓)      First(名)      Title(称号)  
Address      Home(自宅)      Phone(電話)  
Office(病院または診療所)      Phone  
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

seal (捺印)



Attending Physician or Hospital  
(担当医または医療機関)

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

電話

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 health insurance benefit.  
この様式は患者の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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

**Itemized Receipt**  
領収明細書

**Form B**

**様式B**

(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) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費	\$		
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費	\$		
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
(11) Medicines**	医 薬	費	\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
(12) Surgical Dressing	包 帯	費	\$		
(13) Anesthetics	麻 酔	費	\$		
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$			
(15) The Others(Specify)	そ の 他 ( 特 記 せ よ )		\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
(16) Total	合 計	\$			

\* Please fill in the content of the Laboratory Tests.  
\*諸検査の内容を記入してください。  
\*\* Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.  
\*\*処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

Unit is \_\_\_\_\_  
通貨単位

**Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.**  
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

**Name and Address of Attending Physician**

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
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 \_\_\_\_\_

seal (捺印)



Attending Physician or Hospital  
(担当医または医療機関)

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

---

翻訳者	
住所	<hr/>
	<hr/>
氏名	<hr/>
電話	<hr/>

# 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 health insurance benefit.  
この様式は患者の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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C  
様式C

## Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male • Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)			(RIGHT)		
(Lower)			(LEFT)		

### Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

### Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date(日付) \_\_\_\_\_

Signature(署名) \_\_\_\_\_  
Attending Physician(担当医)

seal (捺印)

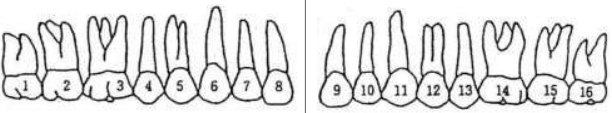
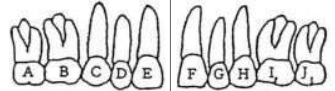
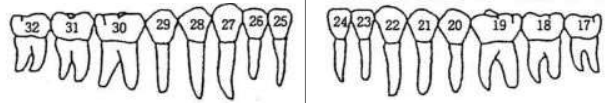
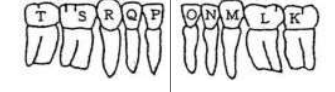


Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_

Attending Physician or Hospital  
(担当医または医療機関)

様式C 邦訳

Permanent tooth		Primary tooth		
(Upper)		(RIGHT)		(LEFT)
(Lower)		(RIGHT)		(LEFT)

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

電話

# 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ィルス疾患
- 0105 Viral hepatitis  
ウィルス肝炎
- 0106 Other viral diseases  
その他のウィルス疾患
- 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

## 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 精神及び行動の傷害

- 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）
- 0903 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[かぜ]
- 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

## **XII 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

## **XIII 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

## **XIV 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  
熱湯及び腐食

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）は国民健康保険は適用されません。