

平成 30 年 3 月 30 日(修正)

海外療養費申請について

必要な申請書類

1. 申請書(市町村窓口での記入)
2. 診療報酬明細書 (Form A, 及び Form B を使用) (医科の場合)
※歯科の場合は歯科専用の様式を使用する。
3. 診療報酬明細書 (Form A, 及び Form B) を翻訳したもの
※歯科の場合は歯科の様式を翻訳したもの
4. 領収書等支払いが確認できるもの (領収印(サイン)、日付、医療機関等確認すること)
(カード払いの場合は、カード利用明細書が必要)
5. 渡航履歴の確認ができる書類の写し
(パスポートの写し(本人情報・入出国審査印))・航空券の写し(必須ではない))
6. 同意書 (海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することに関する、当該海外療養費を受けた者の同意書)

支給対象となる場合

1. 緊急性があり、やむをえない処置であった場合

不支給になる場合

1. 上記申請書類に不備や疑義があった場合
2. 療養目的で海外へ行った場合
3. 日本で保険請求できない診療 (治療) ・処置を行った場合
4. 不正請求を行った場合
5. その他

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 National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____
3. Date of First Diagnosis : _____
初診日 _____
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 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。 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 _____

翻訳（様式Aの続紙）

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	印
住 所	電話

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)	\$	\$
(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ないものは除いて下さい。

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	First	Title
		姓	名	称号

Address :	Home 自宅	Phone 電話
住所	Office 病院又は診療所	Phone 電話

Date	:	Signature
日付		署名

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	印
住 所	電話

RECEIPT (DENTAL)

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

Baby teeth (乳歯)

V I V I I I I

I I I I I V

V I V I I I I

I I I I I V

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)

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

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-Ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Currency paid

(支払通貨)

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)

翻訳（様式Bの続紙：歯科）

その他

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	印
住 所	電話

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

調査同意書
조사동의서

- ・治療開始日 年 月 日
- ・Starting date of medication Year Month Day
- ・治療開始日期 年 月 日
- ・치료개시일 년 월 일

- ・被保険者（患者）
（被保険者名）
（住所）
（生年月日） 年 月 日

- ・Insured (Patient)
（Name of the insured）
（Address）
（Date of birth） Year Month Day

- ・被保険者（患者） Insured (Patient)
（被保険者姓名 Name of the insured）
（住址 Address）
（出生日期 Date of birth） 年 月 日

- ・피보험자(환자):
（피보험자）
（주소）
（출생년월일） 年 월 일

沖縄県後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、と、私の世帯主、は、沖縄県後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、沖縄県後期高齢者医療広域連合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、パスポートを沖縄県後期高齢者医療広域連合に提示することも併せて同意します。

To: Okinawa Prefecture Association of Medical Care Services
for Older Senior Citizens

I (patient who has received treatment), and my head of house hold, authorize the Okinawa Prefecture Association of Medical Care Services for Older Senior Citizens 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.

致：沖縄県后期高齢者医療 広域联合会

本人（療養接受人）_____及本人の戸主_____, 同意沖縄県后期高齢者医療 広域联合会の委託方为确认本人海外療養費申請資料中所述事实（療養時間、場所、療養内容），根据申請資料，向提供療養者核実，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向沖縄県后期高齢者医療 広域联合会提供。

오키나와후기고령자의료광역연합 귀중:

본인 (요양을 받은자)_____와 저의 세대주 _____는 시구읍면 직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우오키나와후기고령자의료광역연합에 여권을 제시하는데 동의합니다.

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.

须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(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ヵ月間です。

Signature

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self · Guardian · Heir · Other

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

签名 · 盖章栏

(姓名) _____ 盖章

(住址) _____

(日期) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(与患者关系) : 患者本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [_____]

※ 本同意书从签名起 6 个月内有效。

서명. 날인

(성명): _____ 인

(주소): _____

(날짜): _____ 년 _____ 월 _____ 일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)

*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다