

「兵庫県建設国保における海外療養費制度」について

被保険者の方が海外渡航中に病気やけがで治療を受けた時、支払った医療費の一部が払い戻される制度です。

帰国後、申請手続きをされる際の必要書類となりますので、「兵庫県建設国保における海外療養費制度」についての冊子（次頁以降に申請に必要な記入用紙が添付されています）を海外へ持参してください。

海外療養費の詳細については、以下のとおりとなります。

1. 保険の適用範囲について

日本国内で保険適用となっていない医療行為は保険の対象とはなりません。

※ 必要に応じて民間の海外旅行損害保険等にも加入しましょう。

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額が大きく異なります。

2. 支給額について

日本国内での保険適用の範囲内での支給額となるため、実際に支払った額よりも少ない金額での払い戻しとなる場合があります。

3. 申請及び支給の手続きについて

① 海外の医療機関で、一旦かかった医療費の全額を支払う。

↓

② その医療機関で、別紙の「診療内容明細書」と「領収明細書」を記入してもらう。

↓

③ 帰国後、所属労働組合へ、上記の「診療内容明細書」、「領収明細書」、パスポートまたは往復の航空券（写し）など渡航歴のわかるものを提出する。

↓

④ 建設国保から、国内における保健診療の範囲内で支給額を決定します。

4. 申請に必要なもの

- ・「診療内容明細書」、「領収明細書」、パスポートまたは往復の航空券（写し）など渡航歴のわかるもの
- ・「調査に関わる同意書」（英文表記があるもの）
- ・「資格確認書」または「資格情報のお知らせ（マイナポータルの資格情報画面も可）」
- ・個人番号が確認できる公的書類（マイナンバーカード・通知カード等）
- ・窓口に来られる人の本人確認ができる公的書類（マイナンバーカード・運転免許証等）

※請求権は、2年の時効で消滅します。

Form A

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 : 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 _____	Office 病院又は診療所 _____	phone 電話 _____
			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 _____

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

Table 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表

I Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症		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	
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anemia 貧血
0102	Tuberculosis 結核	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
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	IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患	
0105	Viral hepatitis ウィルス肝炎	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0106	Other viral diseases その他ウィルス疾患	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0107	Mycoses 真菌症	0403	Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	V Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	
0109	Others その他の感染症及び寄生虫症	0501	Vascular dementia and unspecified dementia 血管性及び詳細不明の認知症
II Neoplasms 新生物		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
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)
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	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
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0506	Mental retardation 精神遅滞
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0507	Others その他の精神及び行動の障害
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	VI Diseases of the nervous system 神經系の疾患	
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0208	Malignant lymphoma 悪性リンパ腫	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0209	Leukemia 白血病	0603	Epilepsy てんかん
0210	Other malignant neoplasms その他の悪性新生物	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0211	Others 良性新生物及びその他の新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神經系の障害
		0606	Others その他の神經系の疾患

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 accomodation 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 hemorrhage くも膜下出血
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0906	Occlusion of precerebral and cerebral arteries 脳梗塞
0907	Cerebral atherosclerosis 脳動脈硬化（症）
0908	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 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 急性咽頭炎及び急性扁桃腺
1003	Other acute upper respiratory infections 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 他の呼吸器系の疾患
XI 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 他の歯及び歯の支持機構の疾患
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 他の肝疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
1111	Diseases of pancreas 脾疾患

1112	Others その他の消化器系の疾患	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患
X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501	Abortion 流産
1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders In pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1503	Single spontaneous delivery* 単胎自然分娩
X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302	Arthrosis 関節症	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）	1602	Others その他の周産期に発生した病態
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	X VII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害	X VIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、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
1308	Shoulder lesions 肩の障害	1800	Symptons, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、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
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	X IX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1310	Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1901	Fracture 骨折
X IV	Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患	1902	Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
1402	Renal failure 腎不全	1904	Poisoning 中毒
1403	Urolithiasis 尿路結石症	1905	Others その他
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		

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。

調査に関する同意書 Agreement of Authorization

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

・(患者名 Name of patient) _____

(住所 Address) _____

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

兵庫県建設国民健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、 _____ と、組合員、 _____ は、貴国民健康保険組合あるいは、貴国民健康保険組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。

To : 兵庫県建設 National Health Insurance Association

I (patient who has received treatment)、 _____ and association member, _____ authorize National Health Insurance Association 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.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。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) が署名してください。

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.

・(氏名 Signature) _____

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

(患者との関係 Relation to patient)

本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other []

※本同意書の有効期限は署名日から 6 カ月間です。

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。

※下線部全てについて記入してください。