海外療養費について（ご案内）

当組合に加入している方が、海外渡航中に急な病気やけがでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、帰国後、申請により一部治療費の払い戻しを受けることができます。

【支給対象とならないもの】

- 治療を目的として海外へ行き、治療を受けた場合（心臓・肺等の臓器の移植）
- 人工授精等の不妊治療、自然分娩
- 美容整形及び歯科矯正等、日本国内でも保険が適用されていない治療
- 交通事故や喧嘩など第三者行為や不法行為に起因する病気やけが等

【支給金額の計算方法】

日本国内の医療機関で同様の病気やけがをして国民健康保険で治療を受けた場合の額と、海外で支払った額とを比較し、低い方の額から一部負担金を控除した額が支払われます。

【組合へご提出いただく書類】

1 **療養費支給申請書**
2 **診療内容明細書（様式AまたはC）** 海外で治療を受けた医師が作成したもの
3 **診療内容明細書の邦訳（様式AまたはC）**
4 **領収明細書（様式B）** 海外で治療を受けた病院等が作成したもの
5 **領収明細書の邦訳（様式B）**
6 **現地で支払った領収書の原本**
7 **調査に関わる同意書** 申請内容について、海外の医療機関等に照会を行うことについての同意書です
8 **渡航履歴の分かるパスポート等の写し**

※ 2 診療内容明細書 （様式A）…医科・調剤用
（様式C）…歯科用

※ 4 領収明細書 （様式B）…医科・歯科・調剤共通

※ 診療内容明細書、領収明細書は、1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつそれぞれの医療機関で証明をしていただいてください。

※ 3 診療内容明細書の邦訳、及び 5 領収明細書の邦訳には、翻訳者の住所・氏名を記載してください。翻訳者が本人の場合も記載してください。

【申請期限】

海外で医療費の支払いをした日の翌日から数えて2年を経過すると、時効により申請ができなくなりますのでご注意ください。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019
大阪市中央区和泉町1丁目3番8号
大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

近畿薬剤師国民健康保険組合
〒540-0019 大阪市中央区和泉町1丁目3番8号 大阪府薬剤師会 西館2階 ☎ (06) 6946 － 9151

国民健康保険　療養費支給申請書

被保険者記号番号	薬国					－				－			

療養を受けた被保険者 氏名・生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	療養を受けた被保険者の個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）
療養種別	□一般診療【 □医科（入院） □医科（入院外） □歯科 □調剤 □訪問看護 】 □治療用装具 □柔整 □ﾏｯｻｰｼﾞ □針灸 □生血 □移送 □その他	
第三者行為又は業務上の事故	□第三者行為に該当　□業務上の事故に該当　□非該当	
傷病名		発病負傷年月日　　年　　月　　日
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師又は薬剤師の氏名	名　称 所在地 氏　名	
療養等の期間（装具は装着日）	年　月　日から 年　月　日まで	療養に要した費用　　円

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。

令和　　年　　月　　日

申請者（組合員）　住所

氏名（自署）　　電話番号　（　　）

申請者の個人番号（マイナンバー）

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長　様

振込先欄	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 出張所
	預金種目	普通　・　当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※（事務処理欄）

受付印	保険種別	□本人　□家族	給付割合	□７割　□８割			
		□前期高齢者　□未就学児	資格取得年月日	令和　年　月　日			
	支給決定金額		決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当
	￥						
			令和　年　月　日決定				

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 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、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、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（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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (NO.　　)

3．Date of First Diagnosis：D ／ M ／ Y　＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿
初診日　日 ／ 月 ／ 年　＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿

4．Duration of Treatment：＿＿＿＿＿＿days
診療日数日　＿＿＿＿＿＿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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式Ａ　**診療内容明細書**　邦訳

２．傷病名及び国民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 の 記 入 欄
氏　名	
住　所	
電　話	

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic
担当医又は病院事務局長へのお願い

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.　この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
   各月毎、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
   ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

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	入院管理費	$	
（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のないものは除いて下さい。

Name of Patient
患者名　Last 姓 _____ First 名 _____

Name and Address of Attending Physician／Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務局長の名前及び住所

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 _____

様式Ｂ　**領収明細書**　邦訳

(12) その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
氏　名	
住　所	
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 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、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、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

Form C
様式C

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex　Male・Female 性別　男・女
Date of First Diagnosis 初診日	Duration of Treatment _____days 診療日数　日間	

Permanent Tooth　永久歯

R 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L
R 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L

Primary Tooth　乳歯

R E D C B A | A B C D E L
R E D C B A | A B C D E L

Name of Illness　傷病名
・Dental Caries（C）う蝕症　・Missing Tooth（F）欠損　・Pyorrhea Alveolaris（P）歯槽膿漏
・The Others　その他

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit　初診料			
X-Ray Examination　レントゲン検査			
Dental Pulp Extirpation　抜髄			
Extirpation　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　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 _____

様式Ｃ　**歯科診療内容明細書**　邦訳

Permanent Tooth　永久歯

R　８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １ | １ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８　L
　　８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １ | １ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８

Primary Tooth　乳歯

R　Ｅ Ｄ Ｃ Ｂ Ａ | Ａ Ｂ Ｃ Ｄ Ｅ　L
　　Ｅ Ｄ Ｃ Ｂ Ａ | Ａ Ｂ Ｃ Ｄ Ｅ

歯科治療	患歯部位	材料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
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 の 記 入 欄
氏　名	
住　所	
電　話	

（海外療養費）調査に関わる同意書

診療開始日　　西暦＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

患者（被保険者）氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　昭和・平成・令和＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

近畿薬剤師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の組合員、＿＿＿＿＿＿＿＿は、近畿薬剤師国民健康保険組合（以下、貴組合）の職員あるいは貴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。

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、パスポートを貴組合に提示することも併せて同意します。

署　名　欄

署名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してください。

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　付　　令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

患者との関係　本人・親権者・成年後見人・法定相続人・その他［　　］

※本同意書の有効期限は署名日から６ヶ月間です。

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

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傷害

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傷害

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 extarnal 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）

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
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

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
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
頚腕症候群

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
熱傷及び腐食

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。