

＜海外療養費について＞

大阪文化芸能国民健康保険組合に加入している方が、海外渡航中に病気やケガでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けたとき、帰国後、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。

【 必要な書類 】 医科・調剤の場合 1.2.3.5.6.7.8 歯科の場合 1.2.4.5.6.7.8

1. 療養費支給申請書(当組合より送付しているもの)
2. 診療内容明細書 (Form A)
3. 領収明細書 (Form B) 医科・調剤
4. 領収明細書 (歯科)
5. 現地で発行された領収書 (3・4 の領収明細書の他にある場合)
(医科・調剤・歯科の内訳が分かるもの)
6. 海外渡航の証明になるもの(パスポートのコピー)
(療養を受けた期間に海外渡航の確認ができ、入出国の証印があるページすべて)
7. 診療内容明細書 (Form A)・領収明細書(Form B)(歯科)の翻訳したもの
8. 調査に関わる同意書

※診療内容明細書、領収明細書は、各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに 1 枚ずつ証明をしていただってください。

※診療内容明細書、領収明細書が外国語で作成されている場合、日本語の翻訳文の添付が義務付けられています。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。

【 注意事項 】

1.海外療養費は日本国内での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。

海外療養費の額は、日本国内で同様の病気やケガをして国民健康保険で治療を受けた場合の額と、実際に要した額を比較して、少ないほうの額から一部負担金を控除した額が支払われます。

2.日本国内で保険の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。

支給ができるのは、あくまでも、その医療行為が日本国内での保険診療の対象となっているものに限ります。

心臓や肺などの臓器の移植、人工授精等の不妊治療、性転換手術、世界でも稀な最先端医療、美容整形等の医療は対象外です。自然分娩は対象外ですが、帝王切開等は保険適用です。

3.診療目的のために渡航した場合は、海外療養費の対象にはなりません。

4.海外で医療費の支払いをした日の翌日から起算して 2 年を経過すると、時効により申請ができなくなります。

【 手続きの流れ 】

- ① 受診した海外の医療機関では、一旦かかった金額の全額を支払います。
- ② 受診した医療機関で、治療内容やかかった医療費等の証明書をもらいます。
文化芸能より送付した(または文化芸能HPよりダウンロードした)診療内容明細書・領収明細書 等の書類を担当医師に記入してもらい、受け取ってください。
- ③ 帰国後、上記必要な書類を添付し、文化芸能へ申請してください。

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 | |
| 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 _____ | | | | | |

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

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) <table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	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) <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				
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								
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) _____ Signature of Doctor (担当医署名) _____ Date (日付) _____	Total (計) _____ _____								

調査に関わる同意書（海外療養費）

Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 Starting date of medication Year_____年 Month_____月 Day_____日
- ・ 被保険者（患者）Insured（Patient）
（被保険者名 Name of the insured） _____
（住所 Address） _____
（生年月日 Date of birth） Year_____年 Month_____月 Day_____日

大阪文化芸能国民健康保険組合 理事長 様

私（療養を受けた者） _____ は、大阪文化芸能国民健康保険組合の職員あるいは、大阪文化芸能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: Director of Osaka bunkageinou Health insurance association

I (patient who has received treatment), _____ authorize the Osaka bunkageinou Health insurance association 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.

署名・押印欄 Signature

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.

（日付 Date） Year_____年 Month_____月 Day_____日

（氏名 Signature） _____ 印

（住所 Address） _____

（患者との関係 Relation to the insured）

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