

海外療養費の申請についてのご案内

海外旅行中に病気やケガでやむを得ず現地の医療機関等で診療を受けた場合、帰国後に申請することで、支払った医療費の一部（保険適用分）が払い戻されます。

対象は、日本でも保険診療として認められる治療に限ります。

【支給対象となる医療行為の具体例】

○ 支給対象となる医療行為

- 旅行中に発生した急病や負傷に対する診療
- 急を要する歯科治療
- 医師の指示による処方薬の購入

⚠ 自己判断で購入した薬は対象外です。

× 支給対象とならない医療行為

- 渡航前から予定されていた治療
- 美容目的の治療（美容整形、ホワイトニング等）
- 予防接種・健康診断などの予防医療
- 日本で保険適用されていない診療行為
- その他、健康保険法等の法令で支給対象外と定められている医療行為等

【必要書類】

「別紙1 必要書類」を参考ください。

【申請方法】

- ① 医療費はいったん全額自己負担となります。
- ② 診療を受けた医療機関から、以下の書類を必ず受け取ってください。
 - 領収書
 - 診療明細書（Form A）※一般診療の場合
 - 診療明細書（Form C）※歯科診療の場合
 - 領収明細書（Form B）
 - **治療内容が具体的に記載された書類（例：薬剤名・投与量・処置の内容など）**
詳細は「別紙2：治療内容に関する記載事項（例）」をご確認ください。

⚠ これらの書類は和訳が必要です。ご自身で和訳いただくか、医療機関や専門の翻訳者に依頼してください。
- ③ 「別紙1：必要書類」を参考に、書類を用意してください。
- ④ 書類を揃えたうえで、お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口へ申請してください。

【申請期限】

治療費を支払った日の翌日から起算して 2 年以内に申請が必要です。
期限を過ぎると消滅時効となり、請求できません。

【支給額】

以下のうち、少ない方の金額から自己負担額を差し引いた金額が支給されます。

- 日本国内で同一の診療を受けた場合にかかる標準的な医療費
- 実際に海外で支払った医療費（日本円換算）

為替換算には支給決定日の外国為替売相場を使用します。

【注意事項】

- 提出書類の内容確認や審査に時間を要するため、支給までに数か月かかる場合があります。不備や確認事項がある場合は、さらに時間を要することがあります。
- 書類の確認等のため、青森県後期高齢者医療広域連合から申請者へ電話でご連絡する場合があります。申請書には、日中に連絡が取れる電話番号を必ずご記入ください。
- 海外に転出し、日本の公的医療保険の資格を喪失した場合は、海外療養費の支給対象となりません。
- 現地で公的医療保険制度を利用した場合、その医療費は日本の海外療養費の支給対象外となります。
- 長期海外滞在など、日本に生活拠点がないと判断された場合は対象外となる可能性があります。

【申請先】	お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口
【問い合わせ先】	青森県後期高齢者医療広域連合 業務課 給付チーム TEL：017-721-3821（音声案内番号 2 番） 受付時間：平日 8:30～17:00

別紙 1 必要書類

書類名	書式名	和訳の 必要性	備考（補足説明）
海外療養費支給申請書	-	不要	市町村窓口または青森県後期高齢者医療広域連合ホームページにて入手可能。1 か月ごと・医療機関ごとに 1 枚必要です。
診療明細書（一般）	Form A	要	市町村窓口または後期高齢者医療広域連合ホームページにて入手可能。現地の医療機関が記載します。
診療明細書（歯科）	Form C	要	市町村窓口または後期高齢者医療広域連合ホームページにて入手可能。現地の医療機関が記載します。
領収明細書	Form B	要	市町村窓口または後期高齢者医療広域連合ホームページにて入手可能。現地の医療機関が記載します。
治療内容が具体的に 記載された書類	-	要	薬剤名、投与量、処置内容などが明記されたもの。詳細は別紙参照。
パスポート	-	不要	渡航期間・本人確認・入出国スタンプのページを申請時にコピーします。
調査に関する同意書	-	不要	市町村窓口または後期高齢者医療広域連合ホームページにて入手可能。
領収書（原本）	-	不要	申請時にコピーを取り、原本は返却します。
マイナ保険証又は 資格確認証	-	不要	提示により資格を確認します。
振込先の分かるもの		不要	提示により口座情報を確認します。原則、申請者（被保険者）本人の通帳・キャッシュカード等が必要です。

別紙 2 治療内容に関する記載事項（例）

診療項目	必要な診療情報
（共通事項）	・ 診療日ごとの診療内容
初診・再診	・ 診療日数または入院日数 ・ 診療開始または入院した時間（夜間・休日の受付により、審査内容が変わります）
検査・病理診断	・ 検査実施日 ・ 検査名、回数 ・ 検体を採取した場合の検体名（血液や唾液・尿など）
画像診断	・ 撮影部位（左上腕など上下左右の記載がある詳細な部位） ・ 回数 ・ 事前に造影剤（薬剤）を点滴している場合は、薬剤名
投薬	・ 薬剤名、処方日数、用量・服薬期間（1日3回3錠 朝昼夕などの詳細な服薬情報）
注射	・ 注射薬剤名、投与量 ・ 点滴の場合は、薬剤名と投与量
リハビリテーション	・ 疾患別リハビリテーション名 ・ 実施時間（単位数）
処置	・ 処置部位（左上腕など、上下左右の記載がある詳細な部位） ・ 使用した薬剤名、材料名、使用量 ・ 酸素ボンベ使用であれば使用量、酸素吸入の開始時間・終了時間（総時間でも可）
手術	・ 手術名 ・ 手術に使用した薬剤名・使用量 ・ 手術部位（左上腕など、上下左右の記載がある詳細な部位） ・ 輸血があれば血液製剤の種類（自家採血・保存血液・自己血貯血など、どのタイプの血液を使用したか） ・ 輸血日、輸血量
麻酔	・ 使用した薬剤名、材料名、使用量
入院料等	・ 入院開始日、退院日 ・ 病棟の異動があれば移動日と移動先病棟の詳細（ICU→急性期病棟→一般病棟など） ・ 食事は一般食か特別食か（糖尿病や高血圧など食事に配慮が必要なものの、または流動食など） ・ 食事回数

⚠ 提出内容に不備がある場合は、追加の書類提出をお願いすることがあります。