

平成28年3月31日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

### 海外療養費の支給申請書類の追加等について

海外療養費の支給申請に対する審査の強化対策の一環として、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成28年厚生労働省令第13号。以下「改正省令」といいます。）が平成28年2月4日付けで公布され、平成28年4月1日から施行することとされたところです。

改正省令の内容のうち、海外療養費の支給申請及び審査等に係る事務の取扱いについて、次のとおりお知らせします。

- 1 海外療養費の支給申請書類の追加について  
海外療養費の支給申請時の提出書類として、次の書類を追加します。
  - (1) 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
  - (2) 保険者（健康保険組合等）が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を受けた者の同意書（様式は別紙を参照）
- 2 被扶養者についての支給申請があった場合の扶養事実の確認について
  - (1) 海外に長期滞在する等、日本に生活拠点が無い被扶養者について海外療養費の申請があった場合において、その審査に当たり資格管理の適正化を図る観点から、扶養の事実について、次の方法により確認を行います。
    - ① 定期的に音信又は訪問が行われている事実を確認すること。
    - ② 生活費、学資金等の送金が継続的に行われている事実を確認すること。
    - ③ 上記①又は②の確認によらず、海外療養費の支給申請者の主張する固有の理由等により扶養の事実を確認すること。
  - (2) 必要に応じて、定期的に扶養の事実の確認を行います。
- 3 上記1及び2の取扱いについては、平成28年4月1日以降の支給申請について適用します。

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日
- ・ Starting date of medication      Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_ Day\_\_\_

- ・ 患者  
  (患者名) \_\_\_\_\_  
  (住所) \_\_\_\_\_  
  (生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

- ・ Patient  
  (Name of patient) \_\_\_\_\_  
  (Address) \_\_\_\_\_  
  (Date of birth)    Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_ Day\_\_\_

●●●<保険者名> 御中

私 (療養を受けた者)、\_\_\_\_\_は、<保険者名>の職員又は<保険者名>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<保険者名>に提示することも併せて同意します。

To: ●●●

I (patient who has received treatment) authorize ●●● 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.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた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.

(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●ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_

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

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

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.