

平成28年3月29日

健康保険組合理事長 殿

厚生労働省保険局保険課長

(公 印 省 略)

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

海外療養費（海外において受けた療養等（以下「海外療養」という。）に係る費用について、健康保険法（大正11年法律第70号）第87条の規定により支給される療養費をいう。以下同じ。）の支給に係る不正請求対策の一環として、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」という。）が平成28年2月4日付けで公布され、同年4月1日から施行することとされたところである。

改正省令の内容については、「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令等の公布について」（平成28年2月4日付け保発0204第4号厚生労働省保険局長通知）により健康保険組合理事長あて通知されたところであるが、このうち、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は下記のとおりであるので、遺漏のないよう取り扱われたい。

記

第1 海外療養費の支給申請書類の追加について

1 海外療養費の不正請求を防ぐ観点から、健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第66条第4項の規定を新設し、海外療養費の支給申請時の提出書類として、

- ・ 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（以下「渡航確認書類」という。）
- ・ 保険者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（以下「同意書」という。）

を新たに求めることとしたが、これらの書類の確認に当たっては、以下の点に留意すること。

(1) 渡航確認書類について

○ 旅券や航空券の写し等の提出を求めることにより、海外療養費の支給申請に係る療養が行われた期間において、海外療養を受けた者が当該海外療養を受けた国又は地域に実際に渡航していた事実を確認すること。

○ 「その他の海外に渡航した事実が確認できる書類」とは、旅券や航空券（電子航空券を含む。）のほか、査証等が考えられる。公的機関が発行した書類に限らず、保険者の判断により、海外療養を受けた者が実際に海外に渡航した事実や、海外に居住又は滞在していた事実が確認できる書類の写しの提出を求めること。

また、業務命令により海外勤務等を行う被保険者から支給申請があり、海外に渡航している事実を事業主が把握している等の場合においては、保険者の判断により、当該事業主に対して確認を求めるなど、適切な連携を図りたい。

なお、提出を受けた書類について、支給申請の審査に当たり不要な情報が含まれているときは、当該情報を含む部分にマスキングを行う等、個人情報の取扱いに留意すること。

(2) 同意書について

○ 同意書については、以下に掲げる事項を記載することが望ましい。

- ・ 海外で療養を受けた者の氏名、住所及び生年月日
- ・ 当該者の署名又は捺印
- ・ 同意書の利用目的の明示（療養を受けた日時、場所、療養の内容等の事実を確認するため、保険者又はその委託を受けた者が、海外の医療機関等に対して照会を行い、当該医療機関等から必要な情報の提供を受けること）
- ・ 上記利用目的について、当該療養を受けた者が同意する旨

参考として別紙にて雛形をお示しするので、各保険者において作成されたい。

なお、各保険者において既に作成、利用されている同意書がある場合は、当該同意書を使用して差し支えない。

○ 海外療養費の支給申請に対する審査に当たり不正請求が疑われる場合は、必要に応じ、海外の医療機関等に対して、支給申請に係る療養が行われた事実、当該療養の期間及び内容等を照会すること。その際、海外の医療機関等から同意書の提示を求められることが想定されるため、当該同意書については、日本語以外の言語にも対応しておくことが望ましい。

○ 上記により海外の医療機関等に照会を行った結果、偽りその他不正の行為によって海外療養費の支給を受けようとしたものと認められる場合には、不正請求として不支給決定を行うこと。

また、相当の期間を経過しても、照会を行った海外の医療機関等から回答が得られない場合には、海外療養を受けたとされる被保険者又はその被扶養

者に対して、当該海外療養を受けた事実や内容等について再度確認を求める等の取組を行い、海外療養費の支給の可否について判断すること。

- 2 上記1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すること。
- 3 各保険者における海外療養費の不正請求に対する審査の強化については、上記1によるほか、「海外療養費の不正請求対策等について」（平成25年12月6日付け保保発1206第2号厚生労働省保険局保険課長通知）も踏まえること。

第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ことは重要であり、扶養の事実について可能な限り確認することが求められる。

一方で、海外療養費の支給申請書類からは扶養の事実確認は困難であることから、日本に生活拠点が無い被扶養者について海外療養費の支給申請があった場合は、以下の(1)若しくは(2)又は(3)の方法により、扶養の事実の確認を行うこととし、これを踏まえ、当該海外療養費の支給の是非を判断すること。

- (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。具体的には、生活上の物品を郵送していること又は文通等を行っていることを確認すること。また、訪問の場合は、旅券に記載された出入国記録等により確認すること。
- (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。具体的には、銀行の送金通知又は現金書留控え等の写しの提出を求め、定期的かつ継続的に生活費等の送金が行われていることを確認すること。また、送金先又は現金書留送付先の氏名は、海外療養費の支給申請のあった被扶養者本人であることを原則とするが、当該者以外の場合は、その理由を確認すること。
- (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場合は、上記(1)又は(2)に準じて判断すること。

- 2 上記1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すること。なお、定期的に扶養の事実の確認を行う等の取組により、海外療養費の支給申請があった際に当該扶養の事実について疑義がないと認めている場合については、支給申請の都度の確認を省略することは差し支えない。

(別 紙)

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.