令和６年度

外国人未払医療費補てん事業の御案内

＜申請受付＞

令和６年９月２日（月）～ 令和６年１０月７日（月）

＜対象＞

令和５年４月から令和６年３月までの診療分

～注意事項～

令和２年度補てん分（平成３１年４月１日から令和２年３月３１日までの診療分）から、「回収努力」についての要件が設定されています。

「回収努力」要件を満たしていることが確認できない場合は補てんの対象となりませんので、ご注意ください。詳細は５ページから９ページ（「回収努力要件」について）を御確認ください。

申請書類の提出先及び問い合わせ先

公益財団法人東京都福祉保健財団

住　所　〒160-0021　東京都新宿区歌舞伎町二丁目４４番１号
東京都健康プラザ「ハイジア」４階

電　話　03-5285-8001　　ＦＡＸ　03-5285-8004

ＵＲＬ　https://www.fukushizaidan.jp/501gaikoku/

● 事業目的

外国人未払医療費に係る医療機関の負担の軽減を図るとともに、外国人の不慮の傷病に対応する緊急的な医療の確保を目的としています。（慢性疾患は特に緊急性を要した場合に限ります。）

なお、補てん金の支払対象は、医療機関であって患者本人ではありません。

● 補てん金申請の受付

公益財団法人東京都福祉保健財団では、「令和６年度外国人未払医療費補てん事業」の支払いに関する事務を東京都から受託し、今年度は、補てん金の申請を９月２日（月）から１０月７日（月）の間に受付けます。

※持参または郵送。持参受付は月曜日から土曜日（祝日を除く）、午前９時から午後５時に行います。

● 事業内容

区　　分	内　　容
対象となる医療機関	**都内の保険医療機関**を対象としています。ただし、開設者が東京都であるものは除きます。（地方独立行政法人化以前の都立病院は対象外）
対象となる外国人	①都内に居住し、又は勤務する者で、公的医療保険が適用されないもの、並びに公的医療扶助の給付を受けないもの ②オーバーステイや不法入国等で、健康保険法や生活保護法、行旅病人及び行旅死亡人取扱法などの適用がないもの
対象とならない外国人	①出入国管理及び難民認定法の規定による短期滞在の在留資格をもって在留するもの ②仮上陸、寄港地上陸、船舶観光上陸、通過上陸、乗員上陸、緊急上陸及び遭難による上陸の許可を受けたもの ③旅行者及び出張で来日したもの

※外国人の定義について

この要綱における「外国人」とは、日本の国籍を有しない者のうち、出入国管理及び難民認定法（昭和 26 年 10 月 4 日政令第 319 号）の規定による短期滞在の在留資格をもって在留するもの並びに仮上陸の許可、寄港地上陸の許可、船舶観光上陸の許可、通過上陸の許可、乗員上陸の許可、緊急上陸の許可及び遭難による上陸の許可を受けたもの以外の者で、かつ、都内に居住又は在勤する者で、公的医療保険が適用されないもの又は公的医療扶助の給付を受けないものをいう。

【外国人未払医療費補てん事業実施要綱　第３（外国人）】より

区　　分	内　　容
対象となる医療費	**医療の対象範囲は、外国人の不慮の傷病に対する緊急的な医療（慢性疾患は特に緊急性を要した場合に限る）としています。** また、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）に定める療養の給付を行うものであると認められるもので、その費用は、診療報酬の算定（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）により算定されるものを対象としています。 補てん額の算定にあたっては、医療機関から提出される診療報酬明細書（レセプト）を東京都国民健康保険団体連合会が審査します。
対象となる期間	**対象とする診療期間は、入院は１４日まで、外来は３日までです。**
補てん額の算定方法	東京都が要件として定めた回収努力を行ってもなお回収できないものを補てんの対象とし、当該年度に補てんする医療費は、前年度の診療で未収となった分です。今回は、**令和５年４月1日から令和6年3月31日までの診療分**を受け付けます。 上記により算定された医療費補てん額は、同一医療機関の同一患者につき２００万円を上限とします。 ただし、当該患者から医療機関が徴収した医療費がある場合は、その額を補てん額から除き、また、東京都救命救急センター運営費補助事業に基づく医療費の交付を受ける救命救急センターでは、その額を補てん額から除きます。 尚、この算定方法により求めた額が東京都の予算額を超えた場合は、予算額の範囲内に一律に減額のうえ医療機関に支払います。
補てん申請受付期間及び支払い日	今年度は、令和６年９月２日から１０月７日までを受付期間とし、レセプトの審査等を行った上で、令和７年３月頃に医療機関が指定する銀行口座に補てん医療費を振込みます。 補てん医療費の交付を決定したときは、当該医療機関あて通知します。

●　申請事務の流れ

令和５年度	令和６年度
4/1 ―――――― 3/31	9/2～10/7（申請期間）　　３月頃
補てん対象期間	回収努力――― ★ 審査―― ★ 支払

申 請 の 手 続

提出書類

①令和６年度外国人未払医療費補てん金申請書（別記第１号様式）

②令和６年度外国人未払医療費補てん金申請内訳（別記第１号の２様式）

③令和６年度外国人未払医療費調査票（別記第２号様式）

※「回収努力」要件の設定に伴い調査票様式が変更となっております。
申請にあたっては新様式を使用してください。

④令和６年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過（別記第３号様式）

※記入の際には５頁～９頁の「回収努力」要件についての詳細をご確認ください。

⑤診療報酬明細書（写しで可）

補てん金の申請には、①「令和６年度外国人未払医療費補てん金申請書」（別記第１号様式）、②「令和６年度外国人未払医療費補てん金申請内訳」（別記第１号の２様式）、③「令和６年度外国人未払医療費調査票」（別記第２号様式）及び④「令和６年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過」（別記第３号様式）に必要事項を記入の上、必ず⑤診療報酬明細書（用紙は各病院が用いているもの）を使用して作成してください。

各医療機関が公益財団法人東京都福祉保健財団 人材養成部 健康支援室（〒160-0021 新宿区歌舞伎町 2－44－1　東京都健康プラザ「ハイジア」４階）へ郵送又は直接持参してください。郵送の場合は、簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。

なお上記①～④の様式は、次のアドレスからダウンロードできます。

（https://www.fukushizaidan.jp/501gaikoku/）

また、当御案内に付いている様式をコピーして使用することも可能です（１４～１７ページ）。

○申請書類は２１ページの提出書類チェック表を活用し、以下の点を再度確認してから提出してください。

・開設者の印が押印されていること

・申請期間中の日づけ（令和６年９月２日～１０月７日）が、入っていること

申請の対象期間

令和５年４月１日から令和６年３月３１日の診療分

申請の受付期間

令和６年９月２日（月）から１０月７日（月）

補てん金の申請受付は年１回です。**万一遅延した場合は翌年度申請をすることは出来ませんので、十分注意してください。**郵送の場合は、１０月７日（月）消印有効です。

公益財団法人東京都福祉保健財団　健康支援室での持参受付は、月曜日から土曜日（祝日を除く）、午前９時から午後５時に行います。

診療報酬明細書（レセプト）の記載方法

（１）入院は入院用、外来は入院外用のレセプトを使用し、歯科は歯科用のレセプトを使用してください。診療期間が月をまたぐ場合は、レセプトを分けてください。

（２）診療年月、医療機関コード、保険医療機関の所在地及び名称、患者氏名欄を漏れなく記載してください。保険証番号、保険種別の欄は、記載しないでください。

（３）１４日を超える入院は１４日目まで、外来が延べ３日を超える場合は３日目までの診療内容をレセプトに記載してください。診療実日数欄にもそのように記載してください。

（４）そのほかの記載方法は、診療報酬請求書等の記載要領等について（昭和５１年８月７日保険発第８２号）に示す方法によります。

補てん金の返還

公益財団法人東京都福祉保健財団から医療費の補てんを受けた医療機関が、当該医療費を患者等から回収した場合は、必ず「外国人未払医療費回収報告書」（別記様式第４号）にて、補てん医療費の回収を財団に報告してください。回収した医療費については、後日、東京都から送付される「外国人未払医療費補てん金返還通知書」により、返還することとなります。

なお「外国人未払医療費回収報告書」（別記様式第４号）は、次のアドレスからダウンロードできます。（https://www.fukushizaidan.jp/501gaikoku/）

また、当御案内に付いている様式をコピーして使用することも可能です（１８ページ）。

そ　の　他

医療費の補てんを受けた医療機関は、その医療費を請求した年度から起算して５年間は、補てん医療費の記録を保存するものとします。

申請の受付後は、補てん対象外となった申請も含め、申請書類は原則返却しません。

重　要 ●「回収努力」要件について

令和２年度補てん分（平成３１年４月１日から令和２年３月３１日までの診療分）から、「回収努力」について、以下のとおり要件が設定されています。

患者の診療（医療費の発生）から補てん金申請（令和６年９月）までの間に、下記の全ての要件を満たす「回収努力」を行ってもなお回収できない医療費を補てん対象とします。

○　回収努力の要件　※全てを満たすこと

（１）未払対象者への督促を複数回行うこと。また、少なくとも３か月に１度以上、督促を行うこと。

督促の期間が３か月以上空かないようにすること。

※３ヶ月を数える始期日は、最後に回収努力を行った日の翌日となります。

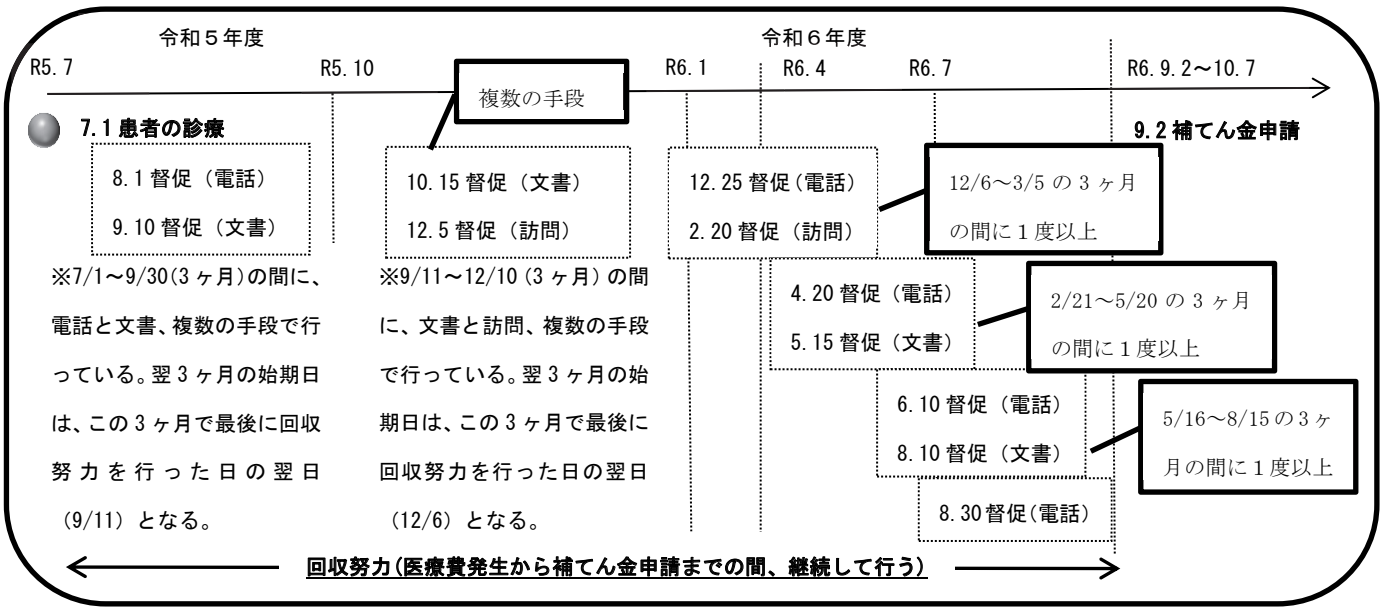
（２）１回の督促につき、複数の手段（電話・文書・訪問等）を用いて督促を行うこと。

患者の住所、電話番号のほか、緊急連絡先や勤務先などの複数の情報を入手し、連絡が確実に取れるようにしておくこと。

※ただし、未払対象者が所在不明で連絡を取ることが不可能な場合など、やむを得ない事情がある場合を除く。所在不明等により、返戻された郵便物等がある場合には、その写しを保管しておくこと。

回収努力を行った事実が確認できるよう、回収努力を行った「年月日」、「請求先（本人・親族・その他）」、「方法（電話・文書・訪問・その他）」、「回収努力の内容及び結果、相手方の状況等」を必ず記録し、第３号様式に記載してください。**申請書類の記載内容等から回収努力の事実が確認できない場合は、補てんの対象となりません。**

例（令和５年７月１日に診療）この場合、少なくとも５回以上督促を行う



○回収努力の要件を満たす例

R5.12/13～R6.3/12（3ヶ月）。
この間回収努力は文書と電話、複数の手段で行っているので要件に合う。翌3ヶ月の始期日は、この3ヶ月で最後に回収努力を行った日の翌日（2/12）となる。

2/12～5/11（3ヶ月）。
この間回収努力は電話と訪問、複数の手段で行っているので要件に合う。翌3ヶ月の始期日は、この3ヶ月で最後に回収努力を行った日の翌日（4/27）となる。

4/27～7/26（3ヶ月）。
この間回収努力は電話と文書、複数の手段で行っているので要件に合う。

年月日	連絡先 請求先	回収努力の方法	内容及び結果	回収額 （有の場合のみ）
R5.12.13	←診療日（入院日）を記入			
R6.1.12	本人	文書	本人が申告した住所宛、請求書を発送。返答なし。	
R6.2.11	本人	電話	本人の携帯電話に連絡。本人が応答し「今は持ち合わせがないので支払えない。X月X日までに△△円払う」との回答を得る。	
			本人が来院し、未払い分の一部を支払う。 ○○市在住の実母の住所を聞き取る。	△△円
R6.3.19	本人	電話	本人の携帯電話に連絡するも、電源が入っていない。	
R6.4.26	実母	訪問	○○市在住の実母宅を訪問するも、居住実態がない。	**やむを得ない事情に該当**
R6.5.15	本人	電話	本人の携帯電話に連絡するも「現在使われておりません」のアナウンスが流れた。	**やむを得ない事情に該当**
R6.6.1	本人	文書	本人が申告した住所宛、請求書を発送。「宛所なし」で返戻。	**やむを得ない事情に該当**
			以降連絡がつかず、医療費が未収となる。	

本来申請日の直前まで回収努力をする必要があるが、やむを得ない事情で連絡手段を断たれたため、これ以降の回収努力は必要なし。
（申請時、返戻された封筒のコピーを添付する。）

×回収努力の要件を満たさない例

5/3～8/2（3ヶ月）。この間回収努力は電話と文書、複数の手段で行っているので要件に合う。翌3ヶ月の始期日は、この3ヶ月で最後に回収努力を行った日の翌日（7/27）となる。

7/27～10/26（3ヶ月）。この間回収努力は電話と文書、複数の手段で行っているので要件に合う。翌3ヶ月の始期日は、この3ヶ月で最後に回収努力を行った日の翌日（9/2）となる。

9/2～12/1（3ヶ月）。<u>この間回収努力は文書のみ。</u>

年月日	連絡先 請求先	回収努力の方法	内容及び結果	回収額 （有の場合のみ）
R5.5.3	←診療日（入院日）を記入			
R5.6.12	本人	電話	本人の携帯電話に連絡するも、呼出のみ。	
R5.6.16	本人	電話	本人の携帯電話に連絡するも、呼出のみ。	
R5.6.19	本人	文書	本人が申告した住所宛に請求書を郵送したが返答なし。	
R5.7.26	本人	電話	本人の携帯電話に連絡するも、電源が入っていない。 **注1**	
R5.9.1	本人	電話・文書	本人の携帯電話に連絡するも呼出のみ、本人が申告した住所宛に請求書を郵送したが返答なし。 **注2**	
R5.10.1	本人	文書	本人が申告した住所宛に請求書を発送したが返答なし。 以降連絡がつかず、医療費が未収となる。	

複数の手段という要件に合わない為、この時点で対象外となる。

注1：電話については、「コールは鳴るが出ない」や「着信拒否」等は継続して督促が必要。「現在使われておりません」のアナウンスが流れたり、他人の電話（※）だった場合はやむを得ない事情に該当。
（※）他人の電話・・・全くの他人が該当。家族・知人等で、支払い義務がある場合は継続して督促が必要。

注2：文書は返戻されない限り、3ヶ月に1度は継続して督促が必要。

回収努力に関するＱ＆Ａ

（質問１）
電話の呼出音は鳴っても、相手が電話に出ない場合、督促したことになりますか？

（回答１）
曜日や時間帯を変えて、複数回電話をしてください。また、留守番電話にメッセージ（用件）を残してください。また、複数の電話（緊急連絡先、勤務先等）を把握している場合は、そちらにも連絡してください。それでも電話に出ない場合、督促したものとみなします。
なお、この場合でも、少なくとも３か月に１度以上、督促を行う必要があります。
また、複数の手段を用いて少なくとも３か月に１度以上督促を行うことが必要ですので、電話以外の方法による督促も少なくとも３か月に１度以上行ってください。
※３ヶ月を数える始期日は、最後に回収努力を行った日の翌日となります。
※電話をした年月日等は必ず記録を残しておいてください。申請時に必要となります。

（質問２）
電話の呼出音が鳴らない（通じない）場合、督促したことになりますか？

（回答２）
聞き取った連絡先（緊急連絡先、勤務先等も含む）が虚偽のものであるなど電話が通じない場合は、やむを得ない事情に該当します。以後、電話による督促は不要です。
なお、複数の手段を用いて少なくとも３か月に１度以上督促を行うことが必要ですので、電話以外の方法による督促を少なくとも３か月に１度以上行ってください。
※３ヶ月を数える始期日は、最後に回収努力を行った日の翌日となります。
※電話をした年月日等は必ず記録を残しておいてください。申請時に必要となります。

（質問３）
督促状を送付しましたが、宛先不明で返戻されました。
（訪問しましたが、居住実態がありません。）
督促したことになりますか？

（回答３）
聞き取った連絡先が虚偽のものであるなど所在不明で、督促状が返戻された場合は、やむを得ない事情に該当します。以後、文書による督促は不要です。訪問したが居住実態がない場合も、やむを得ない事情に該当します。以後、訪問による督促は不要です。
なお、複数の手段を用いて少なくとも３か月に１度以上督促を行うことが必要ですので、文書（又は訪問）以外の方法による督促を少なくとも３か月に１度以上行ってください。
※３ヶ月を数える始期日は、最後に回収努力を行った日の翌日となります。
※返戻された郵便物等は、その写しを保管しておいてください。申請時に必要となります。
※訪問日時等は必ず記録を残しておいてください。申請時に必要となります。

（質問４）
訪問しましたが、留守で用件が直接伝えられません。督促したことになりますか？

（回答４）

訪問した際は、訪問日時や用件を記載した書面を郵便受け等に残してきてください。直接用件が伝えられなくても、督促したものとみなします。

なお、この場合でも、少なくとも３か月に１度以上、督促を行う必要があります。

また、複数の手段を用いて少なくとも３か月に１度以上督促を行うことが必要ですので、訪問以外の方法による督促も少なくとも３か月に１度以上行ってください。

※３ヶ月を数える始期日は、最後に回収努力を行った日の翌日となります。

（質問５）
電話番号を２つ聞いたので、その両方に電話しました。複数の手段で督促したことになりますか？

（回答５）

２か所以上への督促を行った場合でも、同一の方法（電話のみ、郵送のみ等）である場合は、「複数の手段による督促を行うこと」の要件を満たしません。

この場合は、電話以外の文書又は訪問等による督促を行う必要があります。

（質問６）
病院へ到着した時に重篤で連絡先等の聞き取りができない（その後亡くなった)、治療が終了したら面談する前にいなくなった等、患者の連絡先が不明（把握できなかった）である場合はどうするのか。

（回答６）

連絡先を把握できなかったやむを得ない理由があれば、やむを得ない事情に該当します。

なお、この場合は、申請時に「連絡ができない理由（やむを得ない事情)」を記載することが必要です。

連絡ができない理由を必ず記録しておいてください。

記入例

第１号様式

申請期間中の日づけ（令和6年9月2日～10月7日）を記入してください。

令和6年　9月10日

公益財団法人東京都福祉保健財団理事長　宛

レセプトに記入する7桁を記入してください。

医療機関コード　〇〇〇〇〇〇〇
医療機関所在地　東京都･･･
医療機関名称　□□病院
開設者役職及び氏名　理事長　東京　太郎

理事長印

令和６年度外国人未払医療費補てん金申請書

申請者は開設者（例：理事長など）です。印鑑も開設者の印を使用してください。
開設者以外（例：病院長など）が申請者となる場合は、開設者の委任状を添付してください。

下記のとおり申請します。

記

1　申請金額　〇〇〇〇〇〇円

2　振込先口座

金融機関名								口座種別
〇〇銀行 信用金庫　〇〇（支）店								□　普通口座・総合口座 ☑　当座
口座番号（右詰め）		1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	〇〇〇〇〇〇〇〇							
口座名義	〇〇〇〇〇〇〇〇							

口座種別やフリガナも忘れずに記入してください。

フリガナ	〇〇〇〇
申請事務担当者氏名	〇〇〇〇
所属部署	〇〇課
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
E-mail	〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇

第１号の２様式

記入例

令和６年度外国人未払医療費補てん金申請内訳

医療機関コード	○○○○○○○
医療機関名称	□□病院

	患者氏名	申請件数			申請金額
		医科入院	医科入院外	歯科	
1	○○○　○○○		2		○○○○○
2	□□□□　□□	1	1		○○○○○○
3	△△　△△△			1	○○○○
4	◇◇　◇◇		2		○○○○○
5					
6					
7					
8					
9					
10					

レセプトは、同一患者でも月ごとに別件とし、提出するレセプトの件数を記入してください。

申請患者数は、添付する調査票の枚数と一致し、申請額合計は、各調査票の申請額の合計と一致します。

申請件数合計	7件
（内訳）医科入院	1件
医科入院外	5件
歯科	1件

申請患者数	4人
申請額合計	○○○○○○円

患者数が10人を超える場合は、用紙を追加してください。この場合、申請件数合計･申請患者数･申請額合計の欄は1枚目に総合計を記入し、2枚目以降の記入は不要です。

第２号様式

記入例

令和６年度外国人未払医療費調査票

医療機関コード	○○○○○○○	医療機関名称	□□病院
フリガナ 患者氏名	（×××　×××） ○○○　○○○	生年月日	○○○○　・　○　・　○○　生
国　　籍	○○○	＊自称又は付添いか	
初診の来院時間	１時間内　　(２)休日時間外		
初診の来院方法	(１)救急隊搬送　　２自力		
傷病の主な原因	１急病　　(２)不慮の傷害　　３その他（　　）		
傷病の種別	(１)打撲等外傷　　２消化器系　　３呼吸器系　　４循環器系　　５その他		
来院に至る経緯 （簡潔に）	階段から転落し、救急搬送された。		
公的医療保険又は公的医療扶助の状況	国民健康保険加入　　１有⇒補てん対象外　　(２)無　　３不明 確認した相手（記載必須）：新宿区医療保険年金課＊＊様(11/2 確認)		
	国保以外の公的医療扶助等の受給状況　　１有⇒補てん対象外　(２)無　３不明 確認した相手（記載必須）：新宿区医療保険年金課＊＊様(11/2 確認)		
他の制度の利用状況	☑他の制度（民間の保証保険等）による外国人未払医療費の補てんは受けていない □他の制度（民間の保証保険等）による外国人未払医療費の補てんを受けた ⇒（補てん額　　円）※他の制度による補てん額は控除されます		
診療期間	診療開始日　　○○年　○○月　○○日 外来延べ日数　　○日 入院期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
回収努力について （請求･督促の経過）	☑未払い対象者への督促を複数回行った。（少なくとも３か月に１度以上） ・請求書の送付回数　　5回　　・督促回数　10回 ☑複数の手段を用いて督促を行った。 ・電話　5回　　・文書　3回　　・訪問　2回 ・その他（具体的に：　　）　　回		
主な請求先	(１)患者本人　　２家族・友人　　３雇用主　　４身元引受人		
未収の理由	１住所不明　　２帰国　　(３)支払不能　　４その他（　　）		

調査票は患者１人につき1枚作成してください。

西暦で記載してください。

国籍不明の場合は、「不明」と記入してください。

要件にチェックを入れてください。
（2つとも満たしていることが必要です）

①入院保険請求点数（入院開始日から 14 日目までの点数）	年　　月分　　点 年　　月分　　点
②入院外保険請求点数（外来診療開始日から 3 日目までの点数）	○○年　○○月分　　○○○○点 ○○年　○○月分　　○○○○点
③対象医療費の額 （①の点数＋②の点数）×10 円	○○○○○円
④患者からの徴収額	○○○○円
⑤救命救急センター補助金交付額	○円
⑥申請額の算定 （⑥＝③－④－⑤）	○○○○○円
⑦申請額（⑥の額が 200 万円を超える場合は、200 万円とする。）	○○○○○円

記入例

第３号様式

医療機関コード	○○○○○○○○
医療機関名称	□□病院

令和６年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過

フリガナ 患者氏名	（　×××　×××　） ○○○　○○○	性　　別	①男　　２女
		生年月日	○○○○　・　○　・　○○生

年月日	連絡先 請求先	回収努力の方法	内容及び結果	回収額 （有の場合のみ）
R5.12.13			診療（入院）開始	
R6.1.12	本人	文書	本人が申告した住所宛、請求書を郵送。住所不定につき返戻（写しを添付）	
R6.2.11	本人	電話	本人の携帯電話に連絡。本人が応答し「今は持ち合わせがないので、支払えない。×月×日までに△△円支払う。」との回答を得る。	
R6.3.19	本人		本人が来院し、未払分の一部を支払う。○○市在住の実母の住所を聞き取る。	△△円
R6.4.26	実母	訪問	○○市在住の実母宅を訪問するも居住実態がない。	
R6.5.10	本人	電話	本人の携帯電話に連絡するも、「現在使われておりません」のアナウンスが流れ、以降連絡がつかず、医療費のうち△△円が未収となっている。	

診療日（入院日）を記入してください。

郵便物が返戻された場合は、やむを得ない事情に該当します。以後、文書による督促は不要です。

P5～7　重要●「回収努力」要件について
P8～9　回収努力に関するＱ＆Ａ
を必ず確認してください。

やむを得ない事情に該当します。本来、申請日の直前まで回収努力をする必要がありますが、今回やむを得ない理由で連絡手段を断たれたため、これ以降の回収努力は不要です。

「コールは鳴るが出ない」や「着信拒否」、家族、知人が出た場合はやむを得ない事情に該当しません。

（注）

１．回収努力の方法欄には、電話、文書、訪問、周辺調査の別を記入してください。
２．内容及び結果欄には、行った回収努力の内容、相手方の状況等を具体的に記入してください。
３．所在不明等により、返戻された郵便物等がある場合には、その写しを添付してください。
４．その他回収努力の参考となる資料がある場合には、併せて添付してください。

第１号様式

令和　　年　　月　　日

公益財団法人東京都福祉保健財団理事長　宛

医療機関コード
医療機関所在地
医療機関名称
開設者役職及び氏名　　印

令和６年度外国人未払医療費補てん金申請書

下記のとおり申請します。

記

１　申請金額　　円

２　振込先口座

金融機関名									口座種別
銀行 信用金庫　　（支）店									□　普通口座・総合口座 □　当座
口座番号（右詰め）									
フリガナ									
口座名義									

フリガナ	
申請事務担当者氏名	
所属部署	
電話番号	
E-mail	

第１号の２様式

令和６年度外国人未払医療費補てん金申請内訳

医療機関コード	
医療機関名称	

	患者氏名	申請件数			申請金額
		医科入院	医科入院外	歯科	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

申請件数合計	件
（内訳）医科入院	件
医科入院外	件
歯科	件

申請患者数	人
申請額合計	円

第２号様式

令和６年度外国人未払医療費調査票

医療機関コード		医療機関名称	
フリガナ 患者氏名	（　　）	性　　別	１男　　２女
		生年月日	・　　・　　生
国　　籍	＊自称又は付添いからの聞き取りで可		
初診の来院時間	１時間内　　２休日時間外		
初診の来院方法	１救急隊搬送　　２自力　　３その他（　　）		
傷病の主な原因	１急病　　２不慮の傷害　　３その他（　　）		
傷病の種別	１打撲等外傷　　２消化器系　　３呼吸器系　　４循環器系　　５その他		
来院に至る経緯 （簡潔に）			
公的医療保険又は公的医療扶助の状況	国民健康保険加入資格　１有⇒補てん対象外　　２無　　３不明 確認した相手（記載必須）：		
	国保以外の公的医療扶助等の受給状況　１有⇒補てん対象外　　２無　　３不明 確認した相手（記載必須）：		
他の制度の利用状況	□他の制度（民間の保証保険等）による外国人未払医療費の補てんは受けていない □他の制度（民間の保証保険等）による外国人未払医療費の補てんを受けた ⇒（補てん額　　円）※他の制度による補てん額は控除されます		
診療期間	診療開始日　　年　　月　　日 外来延べ日数　　日 入院期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
回収努力について （請求･督促の経過）	□未払い対象者への督促を複数回行った。（少なくとも３か月に１度以上） ・請求書の送付回数　　回　　・督促回数　　回 □複数の手段を用いて督促を行った。 ・電話　　回　　・文書　　回　　・訪問　　回 ・その他（具体的に：　　）　　回		
主な請求先	１患者本人　　２家族・友人　　３雇用主　　４身元引受人		
未収の理由	１住所不明　　２帰国　　３支払不能　　４その他（　　）		

①入院保険請求点数（入院開始日から 14 日目までの点数）	年　　月分　　点 年　　月分　　点
②入院外保険請求点数（外来診療開始日から 3 日目までの点数）	年　　月分　　点 年　　月分　　点
③対象医療費の額 （①の点数＋②の点数）×10 円	円
④患者からの徴収額	円
⑤救命救急センター補助金交付額	円
⑥申請額の算定 （⑥＝③－④－⑤）	円
⑦申請額（⑥の額が 200 万円を超える場合は、200 万円とする。）	円

第３号様式

医療機関コード	
医療機関名称	

令和６年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過

フリガナ 患者氏名	（　　）	性　　別	１男　　２女
		生年月日	・　　・　　生

年月日	連絡先 請求先	回収努力の方法	内容及び結果	回収額 （有の場合のみ）

（注）

１．回収努力の方法欄には、電話、文書、訪問、周辺調査の別を記入してください。

２．内容及び結果欄には、行った回収努力の内容、相手方の状況等を具体的に記入してください。

３．所在不明等により、返戻された郵便物等がある場合には、その写しを添付してください。

４．その他回収努力の参考となる資料がある場合には、併せて添付してください。

第４号様式

令和　　年　　月　　日

公益財団法人東京都福祉保健財団理事長　宛

医療機関コード
医療機関所在地
医療機関名称
開設者役職及び氏名　　印

外国人未払医療費回収報告書

公益財団法人東京都福祉保健財団から補てんされた医療費について、下記のとおり回収したので報告します。

記

１　患者氏名

２　診療年月

３　回収した医療費の額

４　回収年月日

５　添付資料
外国人未払医療費補てん金交付決定通知書の写しを添付する。
補てん金の交付決定前であれば申請書の写しを添付する。

外国人未払医療費補てん申請についてのＱ＆Ａ

質問Ⅰ）
患者さんから回収不能となった医療費のうち、食事負担金・特別室料などは対象医療の範囲に含めて、補てん金を申請できますか？

↓

回答Ⅰ）
健康保険法第６３条では、被保険者の療養の給付の対象範囲について規定されています。
また、同条の２では、食事の提供である療養に係る給付及び、被保険者の選定に係る特別の病室の提供に係る給付は、同項の給付に含まれないものとすると規定されていますので、当補てん事業の対象範囲には含まれません。

質問Ⅱ）
高血圧や糖尿病等の慢性的な持病が有り、その常備薬処方等のための定期的通院治療を行っていた患者さんの医療費について、補てん金を申請できますか？

↓

回答Ⅱ）
緊急性を要する医療にかかる未収金が補てん対象となりますので、このケースは慢性疾患の定期的な治療であり、対象外と考えられます。ただし、この慢性疾患に起因する病変、増悪等は医師が緊急性を認めた場合、対象となります。

質問Ⅲ）
夜間救急で受診した外国人患者から、身元確認のため、在留カード（または外国人登録証）の写しを取ったが、それを補てん申請書に添付する必要はあるのでしょうか？

↓

回答Ⅲ）
添付する必要はありませんが、当補てん事業の対象となる外国人は、１ページに定義する外国人で、公的医療保険や生活保護の適用を受けない者、たとえばオーバーステイや不法入国等の場合を対象としています。在留カード（または外国人登録証）がある場合は、市区町村における住民登録がなされ、国民健康保険などの公的医療保険の適用を受ける外国人である可能性がありますので、その点の確認が必要となります。

質問Ⅳ）
交通事故により救急隊搬送された外国人を診療しました。【外国人未払医療費補てん申請】（公益財団法人東京都福祉保健財団へ）ではなく、【救急患者による損失医療費補てん申請】（消防庁へ）を行うべきなのでしょうか？

↓

回答Ⅳ）
まず、救急搬送患者の補てん申請を行う場合、患者が日本人であれば消防庁、外国人であれば東京都福祉保健財団へ、補てん金申請をしていただくことになります。
なお、その場合でも、補てん対象の外国人に限り、【外国人未払医療費補てん申請】が可能です。対象となる外国人については、１ページを参照してください。
次に、受診理由が交通事故であった場合には、保険診療対象範囲ではないので、当補てん事業の対象医療とはなりません。ただし、ひき逃げ・相手方不明・自賠責保険扱いとならないケース等においては、対象と考えられる場合もあります。

質問Ⅴ）

妊娠をされている外国人が、定期受診をされています。また、当院での分娩も希望されています。ただし、公的保険に加入されておらず、医療費の支払は困難であると考えられるため、補てん金を申請したいのですが、可能でしょうか？

↓

回答Ⅴ）

当補てん事業の対象医療は、緊急性を要する医療であり、また、保険診療対象範囲について補てん申請をしていただくことになっておりますので、妊娠定期検診及び、通常分娩は対象外と考えられます。ただし、切迫流産の対応や、帝王切開による出産については、保険診療対象範囲となりますので、補てん対象医療と考えられます。

質問Ⅵ）

外国人本人がこの制度を利用してほしいと申し出ていますが、どうしたら良いでしょう？

↓

回答Ⅵ）

外国人個人を対象とした制度ではありません。利用できないと伝えてください。

なお、この制度は医療機関の回収努力にもかかわらず未収となってしまっている前年度の医療費を予算の範囲で補てんするものです。

質問Ⅶ）

同一患者に入院が 2 回以上ある場合、それぞれの入院について 14 日を申請できますか？

↓

回答Ⅶ）

申請できます。ただし、医療費補てん額は同一医療機関の同一患者につき 200 万円が上限となります。

質問Ⅷ）

国民健康保険証の期限切れの外国人は対象になりますか？

↓

回答Ⅷ）

加入資格がある方は対象外です。保険証の期限だけでなく、在留資格も切れている場合は対象になります。

令和6年度外国人未払医療費補てん事業　提出書類チェック表

チェック項目		
提出書類		Check
	①　令和6年度外国人未払医療費補てん金申請書（第１号様式）	
	②　令和6年度外国人未払医療費補てん金申請内訳（第1号の2様式）	
	③　令和6年度外国人未払医療費調査票（第2号様式）	
	④　令和6年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過（第3号様式）	
	⑤　診療報酬明細書（写しで可）	
0　全体		
	1　すべての書類で医療機関名が一致しているか。	
	2　すべての書類で医療機関コードが一致しているか。	
	3　該当の書類患者名（フリガナも）は一致しているか。	
	4　該当の書類の性別、生年月日の記載があり、一致しているか。	
	5　該当の書類の金額が一致しているか。	
Ⅰ　申請書（第１号様式）		
	1　都内の対象施設であるか。	
	2　申請日は受付期間内か。令和6年9月2日～令和6年10月7日	
	3　開設者　役職及び氏名は理事長であるか。印は法人印か（院長×、理事長○）	
	院長の申請の場合は、理事長からの委任状（任意様式）があるか。	
	4　振込先口座の項目に記載もれはないか。	
	5　申請内訳（第１号の2様式）の申請件数、金額の計算は正しいか。	
	6　調査票とレセプトの患者数と申請件数は、一致しているか。	
Ⅱ　調査票（第2号様式）		
	1　患者	
	①　都内に居住または勤務している外国人であるか。	
	②　都内に居住または勤務が不明な場合、適切な理由があるか。	
	③　公的医療保険、公的医療扶助の対象外であるか。（有効な在留カード、保険証がある場合は対象外）	
	④　公的医療保険、公的医療扶助の対象外である確認をした経緯が記入されているか。	
	2　医療費の対象	
	①　不慮の疾病であるか。	
	②　緊急的な医療であるか。	
	③　慢性疾患は対象外であるが、緊急性を要した場合であるか。	
	3　医療費の範囲	
	①　前年度の令和5年４月～令和6年３月までの医療費であるか。	
	②　保険請求点数×１０円であるか。	
	③　食費、部屋代、調剤薬局が含まれていないか。	
	④　入院は初診から14日、外来は初診から3日であるか。	
	⑤　救急救命センターの場合、救急救命センター補助金の対象ではないか。	
	⑥　患者一人当たり200万円を上限とした申請となっているか。	
Ⅲ　レセプト		
傷病名が記載されているか。		
Ⅳ　回収努力の経過		
	1　未払対象者への督促を複数回行っているか。 また、3ヶ月に1度以上、申請まで督促を行っているか。	
	2　未払対象者への督促を複数の手段で行っているか。	
	3　1、2の両方の実績があるか。	

申請の前に再度、ご確認ください

◇提出書類は揃っていますか？以下の書類が必要です。

①令和６年度外国人未払医療費補てん金申請書（別記第１号様式）

②令和６年度外国人未払医療費補てん金申請内訳（別記第１号の２様式）

③令和６年度外国人未払医療費調査票（別記第２号様式）

④令和６年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過（別記第３号様式）

⑤診療報酬明細書（写しで可）

◇患者は対象となる外国人ですか？

対象となる外国人については、１ページを参照してください。

◇診療は対象となる期間内ですか？

令和６年度の受付は、令和５年４月１日から令和６年３月３１日までの診療分を対象としています。
なお、入院は１４日まで、外来は３日までです。

◇申請者は、開設者（例：理事長など）ですか？開設者の印を使用していますか？

開設者以外（例：病院長など）が申請者となる場合は、開設者の委任状を添付してください。

◇申請書には、申請期間中の日づけが記載されていますか？

令和６年度の申請期間は、９月２日から１０月７日までです。

◇回収努力要件を満たしていますか？

回収努力要件を満たしていなければ補てんの対象とはなりません。
詳細については５ページ～９ページをご確認ください。

◇申請書の提出先は合っていますか？

申請は、公益財団法人東京都福祉保健財団　人材養成部　健康支援室（〒１６０－００２１　東京都新宿区歌舞伎町２－４４－１　東京都健康プラザ「ハイジア」４階）で受け付けます。

窓口での受付は、月曜日から土曜日（祝日を除く）、午前９時から午後５時に行います。

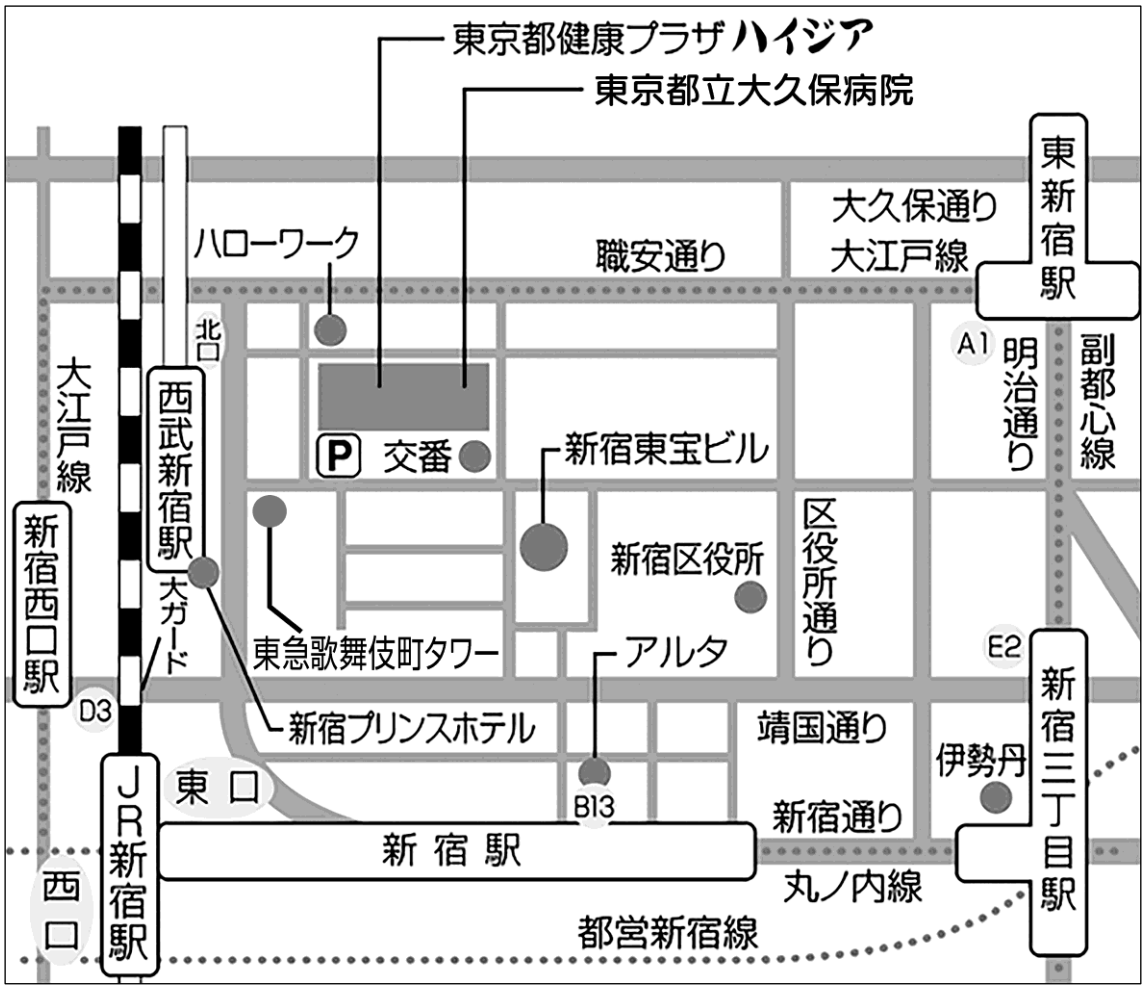
郵送の場合は、簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。以下の部分を宛名ラベルとして使用することができます。

〒１６０－００２１
東京都新宿区歌舞伎町２－４４－１　東京都健康プラザ「ハイジア」４階
公益財団法人東京都福祉保健財団　人材養成部　健康支援室　行

外国人未払医療費補てん金申請書　在中

公益財団法人東京都福祉保健財団 人材養成部 健康支援室

【案内図】



【所在地】

〒160-0021　東京都新宿区歌舞伎町二丁目４４番１号
東京都健康プラザ「ハイジア」４階

【交通機関】

○西武新宿駅北口より徒歩２分
○大江戸線新宿西口駅 D3 出口より徒歩５分
○大江戸線東新宿駅 A1 出口より徒歩８分
○JR 新宿駅東口より徒歩７分
○丸の内線新宿駅 B13 出口より徒歩７分
○副都心線東新宿駅 A1 出口より徒歩８分
○副都心線新宿三丁目駅 E2 出口より徒歩 10 分
○丸の内線新宿三丁目駅 E2 出口より徒歩 10 分
○都営新宿線新宿三丁目駅 E2 出口より徒歩 10 分