

事務連絡
令和3年6月28日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

短期滞在入国者等であって感染症の予防及び感染症の患者に対する医療
に関する法律による入院患者の自己負担について

平素より、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力・ご協力を賜り、誠に
ありがとうございます。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律
第114号。以下「法」という。）の入院医療費については、公的医療保険と公費
負担（国3/4、都道府県等1/4）によってまかなわれており、公的医療保険
加入者及び納税者全体で負担を分かち合う仕組みとなっています。

また、法第37条第2項の規定に基づき、患者等が入院医療費の費用の全部又
はその一部を負担することができるときは、都道府県等は当該費用の負担をす
ることを要しないこととされており、その際の自己負担額の在り方について地
方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的
助言として「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院患者の
費用徴収額、麻薬及び向精神薬取締法による措置入院者の費用徴収額及び感染
症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による入院患者の自己負
担額の認定基準について（平成7年6月16日付け厚生省発健医第189号厚生事
務次官通知。以下「平成7年事務次官通知」という。）」をお示ししているところ
です。

短期滞在入国者等¹については、基本的に公的医療保険に加入していない者で
あり、新型コロナウイルス感染症の入院医療費については、原則として全額が
公費により負担されているものと承知しています。

一方で、短期滞在入国者等については、基本的に民間保険に加入した上で入

¹ 短期滞在入国者等とは、外国籍の者に限らず日本国籍である者も含めて、我が国への入国時に民間保険加入に関する誓約を行った者（受入れ責任者が誓約を行っている場合を含む）をいいます。

国しており、原則として法第 37 条第 2 項上の負担能力があると認められると考えることや、訪日観光客等は基本的に社会保険料や納税の負担が発生していない者であることを踏まえると、支払能力に応じて自己負担をいただくことが合理的であると考えています。

つきましては、短期滞在入国者等であって新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費に係る自己負担を徴収する際の取扱いについて下記のとおりお示しいたします。当該取扱いについて、今後の水際対策の動向に応じて適切な対応がなされるよう、よろしく願いいたします。

また、本事務連絡は新型コロナウイルス感染症対策を契機としたものであることから、当該取扱いに該当する者は短期滞在入国者等のうち新型コロナウイルス感染症の入院患者に限るものとし、当該者については、平成 7 年事務次官通知の内容によらず、本事務連絡を参考に対応いただきますようお願いいたします。

なお、自己負担の徴収については、法の目的である感染症の発生予防及び拡大防止に支障を来さないよう、まずは必要な措置を対象者の御理解・御協力を得つつ実施し、その上で、徴収が可能な場合に都道府県等の判断に基づき実施できるものであって、本事務連絡はその際の徴収の在り方をお示しするものがありますが、前述した応能負担の観点に鑑み、ご対応の程よろしく願いいたします。

本事務連絡は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

記

1. 短期滞在入国者等であって法の規定に基づく入院患者の入院医療費に係る自己負担について、短期滞在入国者等は、基本的に、誓約書に基づき入国の際に相当の補償額を定める民間保険に加入した上で入国²していることを踏まえ、原則として法第 37 条第 2 項の規定上の負担能力があると認められることから、当該者等の加入する保険商品などの支払能力を確認の上、法第 37 条第 1 項に規定する費用について、平成 7 年事務次官通知においてお示した自己負担額にかかわらず、当該民間保険の補償額の範囲内で、自己負担を求めて差し支えありません。

² 「国際的な人の往来再開に向けた段階的措置について」（外務省 HP）
https://www.mofa.go.jp/mofaj/ca/cp/page22_003380.html#section5

2. 上記の場合において、自己負担を求める短期滞在入国者等がいわゆる「キャッシュレス³」の請求の仕組みを導入している我が国の保険商品に加入している場合については、当該者が保険金請求書兼同意書を保険会社に提出することにより⁴、直接都道府県（保健所設置市及び特別区を含む。以下同じ。）から保険会社に請求を行えるので、当該仕組み【別添参照】を積極的に活用いただくようお願いいたします。

なお、当該保険商品は、医療機関の提供する新型コロナウイルス感染症に係る入院医療費以外の一般的な医療費や通訳費等も補償している場合も想定される⁵ため、これらの費用について当該保険商品から補償が行われる場合については、当該補償が行われた場合の残額を基礎に自己負担を徴収いただくよう、保険会社と個別の事案ごとに調整の程よろしくをお願いいたします。

3. また、都道府県又は医療機関から直接保険会社に請求を行える、いわゆる「キャッシュレス」の請求の仕組みを導入している保険商品については、新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費のみならず、医療機関が短期滞入国者等に提供する一般的な医療についてかかる費用を徴収する際にも効率的に徴収できることが期待されています。

貴自治体の管下の医療機関に対し、あらかじめ「キャッシュレス」の仕組みに同意いただく等、当該保険商品への活用をご検討いただくよう、周知のほどお願い申し上げます。

³ 治療費などの請求を短期滞入国者等に行わず、請求書を保険会社（サービスを委託しているアシスタント会社を含む）に送付することにより、短期滞入国者等が医療機関等にその場での費用清算なく受診できる仕組みである「治療費キャッシュレスサービス（支払保証サービス）」のことをいいます。

⁴ 海外の保険会社の場合、国内のアシスタント会社等を通じて支払保証を申し入れてきた場合を想定しています。

⁵ なお、短期滞入国者等の場合、療養先の医療機関において、通訳の提供、「外国人患者受入れ医療コーディネーター」の利用、外国語での文書の作成、固有の文化に配慮した食事の提供等を必要とする場合があります。これらについては、民間医療保険を使用できない又は使用しない場合であっても、医療機関等において訪日観光客等に必要な経費を請求することは可能ですが、法上の公費負担の対象とならないことにご注意ください。ただし、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関は、国による電話医療通訳サービスを無償で利用することができます（対象語種：英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ベトナム語、フランス語）。また、都道府県が指定する「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関（指定予定を含む）」に対しては、令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）により、外国人特有の課題に対応した入院治療・療養のための費用について1,000万円を上限に実費の補助が行えます（支援内容は令和3年6月現在）。

短期滞在入国者等の入院医療費についてキャッシュレス保険商品を活用した 支払いフロー

※ 短期滞在入国者等に対する入院医療費の公費及び自己負担については、下記に記載するほか、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による医療の公費負担の取扱いについて」（平成 11 年 3 月 19 日健医発第 455 号）等を参照いただくようお願いいたします。

1. 短期滞在入国者等に入院医療費に加えて、通訳費等その他の費用がかかった場合のフローの一例

- ①短期滞在入国者等から保険会社に連絡⁶
- ②保険会社は医療機関に受診の打診
- ③短期滞在入国者等の受診・入院（医療通訳含む。）
- ④都道府県等⁷において短期滞在入国者等に対して入院勧告
- ⑤短期滞在入国者等から医療機関を経由して保険会社に保険金請求書を提出⁸
（保険会社から民間保険によるカバーの可否の確認）
- ⑥短期滞在入国者等から都道府県等に対し公費負担申請書の提出⁹
- ⑦都道府県等において申請者（短期滞在入国者等）・医療機関・保険会社を通じて保険によるカバーの可否の確認

⁶ 短期滞在入国者等がキャッシュレス保険商品を導入した保険商品に加入している場合、受診医療機関の紹介等について当該商品に付属するサービス提供により行われることが想定されています。このため、都道府県等が民間保険加入の有無の確認を積極的に行うことを要せず、短期滞在入国者等の民間保険加入の事実を確認することが可能です。

また、短期滞在入国者等が事前に保険会社に連絡をとらず、受診した場合についても、事後的に保険金請求書兼同意書を提出することにより、当該保険商品の活用も可能である場合がありますので、必ずしも短期滞在入国者等が事前に保険会社に連絡することが当該フローの活用の際に必須となるものではありません。

⁷ 「都道府県等」における「等」は、都道府県その他、入院勧告・措置の権限者である保健所設置市及び特別区をいいます。

⁸ ケースに応じて、保険会社から保険によるカバーの可否の確認のため、医療機関から保険会社に診断書を提出。

⁹ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による医療の公費負担の取扱いについて」（平成 11 年 3 月 19 日健医発第 455 号）第 1 2 (2)イに基づき、都道府県等又は医療機関が公費負担申請書の作成を代行することは可能。

- ⑧都道府県等から申請者に対し、保険会社の補償額から医療機関に支払われる保険金を除いた額が都道府県に対し事後に保険会社から自己負担分として支払われる旨を明示して、費用負担¹⁰する旨の決定通知を行うとともに、医療機関の管理者に当該決定通知の写し¹¹を送付。
- ⑨都道府県等は、公費負担の終期が到来したときは、速やかに申請者及び医療機関に通知。
- ⑩都道府県等から直接又は社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）を通じて医療機関に入院医療費の支払い
- ⑪都道府県等から保険会社に入院医療にかかった費用を請求するとともに、医療機関から保険会社に入院医療費以外の費用を請求
- ※ 医療機関が民間保険会社に直接入院医療費及びその他の費用を合わせて請求、保険金の支払いを受け、残額が存する場合には当該残額を都道府県等又は支払基金に請求することも可能です。
- ⑫保険会社から医療機関に保険金支払いののち、都道府県等に対し保険金支払い

¹⁰ 公費負担は、申請書の受理日にかかわらず、入院勧告等に基づき医療機関に入院した時を始期とし、法第 22 条に基づき退院したときを終期とします。

¹¹ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による医療の公費負担の取扱いについて」（平成 11 年 3 月 19 日健医発第 455 号）第 1 3 (1) 参照。

2. 短期滞在入国者等に入院医療費のみかかった場合のフローの一例

①短期滞在入国者等から保険会社に連絡

②保険会社は医療機関に受診の打診

③短期滞在入国者等の受診・入院

④都道府県等において訪日観光客等に対して入院勧告

⑤短期滞在入国者等から医療機関を経由して保険会社に保険金請求書を提出
(保険会社から保険によるカバーの可否の確認)

⑥短期滞在入国者等から都道府県等に対し公費負担申請書の提出

⑦都道府県等において申請者(短期滞在入国者等)・医療機関・保険会社を通じて保険によるカバーの可否の確認

⑧都道府県等から申請者に対し、保険会社の補償額を限度として保険金が都道府県等に対し事後に自己負担として支払われる旨を明示して、費用負担する旨の決定通知を行うとともに、医療機関の管理者に当該決定通知の写しを送付。

⑨都道府県等は、公費負担の終期が到来したときは、速やかに申請者及び医療機関に通知。

⑩都道府県等から直接又は社会保険診療報酬支払基金を通じて医療機関に入院医療費の支払い

⑪都道府県等から保険会社に入院医療にかかった費用を請求

※ 医療機関が民間保険会社に直接入院医療費を請求、保険金の支払いを受け、残額が存する場合には当該残額を都道府県等又は支払基金に請求することも可能です。

⑫保険会社から都道府県等に対し保険金支払い

短期滞在入国者等であって感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による入院患者の自己負担についての Q&A

Q1. 都道府県における条例制定改正の必要がある場合、どのように対応すれば良いか。期限はあるのか。

(回答)

今般の事務連絡についての対応を開始するに当たって、条例制定改正の必要がある場合、各都道府県の状況に応じて対応いただくようお願いいたします。特段の期限はございませんが、必要がある場合は速やかなご対応をお願いいたします。

Q2. 短期滞在入国者等の範囲とは何か？

(回答)

短期滞在入国者等の範囲は、外国籍の者に限らず日本国籍である者も含めて、我が国への入国時に民間保険加入に関する誓約を行った者（受入れ責任者が誓約を行っている場合を含む）をいいます。

Q3. 短期滞在入国者等に対して入院勧告を行う際には民間保険加入を確認する必要があるか？

(回答)

フロー①～③や必要な積極的疫学調査の中で短期滞在入国者等であることが判明した場合については、入院勧告等の法上必要な措置に支障を来さない範囲で確認をお願いいたします。

Q4. 短期滞在入国者等に対して入院勧告を行う際にはパスポート等による本人確認を行う必要があるか？

(回答)

本人確認は、重症化した際の連絡先の確保や、医療費の適切な支払いの観点から重要です。都道府県又は医療機関が本人確認を行う場合、個人情報のある頁と査証の頁の写しを取得する等してください。査証において Remarks とある

欄の情報から、査証発給時に民間医療保険への加入を誓約しているかどうかはわかる場合があります。

Q5. 短期滞在入国者等であることの証明は必要か？反対に訪日観光客等ではなく、民間保険には加入していないことの証明書は必要か？

(回答)

今般の通知の対象は、Q2のとおり、我が国への入国時に民間保険加入に関する誓約を行った者（受入れ責任者が誓約を行っている場合を含む）のことをいいます。当該誓約書の有無を確認することにより、短期滞在入国者等か否かの確認が可能です。短期滞在入国者等でないことを確認する必要はありません。

Q6. 都道府県から保険会社に直接請求する根拠はいかなるものか？

(回答)

キャッシュレスの仕組みを導入している保険商品における契約に基づくものであり、本人、保険会社及び都道府県の同意に基づくものになります。

Q7. 短期滞在入国者等が民間保険に加入しているにもかかわらず保険会社に連絡を行わなかった場合の対応はどうすべきか？

(回答)

都道府県等においては、法の目的である感染症の発生予防及び拡大防止に支障を来たさないよう、まずは必要な措置を対象者の御理解・御協力を得ることを前提に、

- ① 民間保険の活用を御願いした上で、自己負担の徴収を行うこと、
 - ② 民間保険の活用によらず、直接本人から自己負担を徴収すること、
- のいずれも可能です。

なお、法目的の達成に支障を来すことが想定される場合には、自己負担の徴収を行わないことも可能です。

海外旅行保険 保険金請求書兼同意書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

TO THE CLAIMANT (INSURED)
1. Please read the following authorization carefully and complete the claim form properly if you agree to all the terms and conditions mentioned below.
2. Costless medical consultation (no need to pay upfront) is available if you meet the following requirements.
[1] Sickness or injury that occurred during the insurance period and the course of travel.
[2] As for sickness, Medical & Rescuer's Expenses Endorsement or Sickness Medical Expenses Endorsement must be included in your insurance policy. Medical expenses incurred during 180 days commencing from the first day of treatment by a doctor.
[3] As for injury, Medical & Rescuer's Expenses Endorsement or Injury Medical Expense Endorsement must be included in your insurance policy. Medical expenses incurred during 180 days commencing from the date of accident.
3. Please pay upfront any expenses that are not covered by the insurance. Examples of conditions that are not covered by the insurance are mentioned below.
[Sickness cases]
● Pregnancy, childbirth, premature birth or miscarriage ● Sickness arising from a cause or condition which has existed before the insurance period ● Dental diseases
[Injury cases]
● Injury caused by an act of aggressive violence, suicide or criminal act. ● Injury caused by sickness, brain disease or mental disorder of the insured
● Injury caused by war, military act of foreign nations, revolution, insurrection, civil war, armed rebellion, etc.

AUTHORIZATION
I request payment of insurance claims in agreement with the content hereof and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.
1. I agree that ○○ Insurance Co., Ltd. (the company) makes the payment directly to the medical institution if costless medical services are available. I agree to pay the medical expenses not covered from this insurance directly to the medical institution.
2. I agree that the company makes the payment directly to the prefecture, city, or special ward, if the prefecture, city, or special ward make claims of the medical expenses to the company under the law. If the claim amount exceeds the insurance limit, I agree to pay the remaining medical expenses directly to the medical institution.
3. The law concerning prevention of infectious diseases and medical care for patients with infectious diseases promulgated in 1956 as law No.14, Article 23-2.
3. If I pay the medical expenses, I agree that the payment will be done to the bank account below and that the certificate shall constitute payment thereof.
4. Date of account bank information:
[1] I agree that the company or the proxy either in Japan or foreign countries (the proxy) acquire and use information (M) necessary for payment of insurance claims and providing assistance services, and provide the company and the proxy with such information.
[2] I agree that the company and the proxy provide the medical institution or the physician (the medical institution) who examined or treated me either in Japan or foreign countries with such information, and that the prefecture, city, or special ward and the medical institution provide the company and the proxy with such information.
[3] Such information means details such as a doctor's prescription and a medical bill to verify the insured's symptoms and the extent of treatment given to him/her, as well as family registers to verify the identities of the insured and his/her family.
5. Date of account bank information:
In cases where, for the same loss or damage, or business, there exist the present insurance contract and other contract insurance contracts, etc. (including insurance contracts, mutual aid contracts, etc., irrespective of their names, under which insurance claims, etc. are paid for the same loss or damage, or business, the same meaning applying herewithal), I hereby give my agreement to the following:
[1] Return immediately an excess, if any, of the amount of an insurance claim, etc. provided for in the insurance contract (subject to instructions on the nature of equipment, if any, from the company, other insurance companies or mutual aid associations, etc.).
[2] The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc. concerned; and
[3] From the need of sharing compensation mentioned in [2] above, the company provides the insurance companies, mutual aid associations, etc. of the insurance contract, with my personal information concerning my request for payment of an insurance claim (including information concerning the amount of loss or damage and other details of an accident, identifiability of the name, and the amount of an insurance claim payable, etc.), or receives such information from those companies and uses one of it, and vice versa.
[Provision of Use of Personal Information]
We only use the personal information of customers to make decisions on the acceptance of insurance, to respond to insured events (including confirmation of the facts relevant to our inquiries, etc. with the related destination, and confirmation between our/the insurance companies or within ○○ concerning related loss/the insured), and to pay insurance claims, provide various products and services, and information.

ご署名 SIGNATURE
保険金請求者署名 SIGNATURE OF THE CLAIMANT
日付 DATE

保険金のご請求 契約内容 INSURED INFORMATION AND CONTRACT DETAILS

住所 ADDRESS
請求者氏名 CLAIMANT'S NAME
電話番号 TELEPHONE
被保険者氏名 INSURED'S NAME
性別 SEX 女 FEMALE 男 MALE
証券番号 POLICY NUMBER
生年月日 DATE OF BIRTH

委任状 Power of Attorney

私は上記記載の保険金請求書に代理人と認め、本件にかかわる保険金の請求書に署名する一切の権限を委任します。
ご署名 SIGNATURE
住所 ADDRESS

ご病気・おけがの状況 CONDITION OF SICKNESS OR INJURY

発症日 / けがや事故が発生した日時 ONSET OF SICKNESS / DATE OF INJURY OR ACCIDENT
初診日 DATE OF FIRST CONSULTATION
病状やおけがの状況(できるだけ詳細に) CONDITION OF SICKNESS OR INJURY IN DETAIL
保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM

保険金振込先
Please enter the insurance benefits to the bank account below. I admit that residence bank constitute payment thereof.

振込先 銀行
口座番号 (16桁) ACCOUNT No.
ゆうちょ銀行
支店コード (1桁) BRANCH No.
口座名義 (カタカナ) ACCOUNT NAME

被保険者並びに関係者各位
この保険では、保険金の請求を複数の者がから受け付けた場合は原則として、先着順にて保険金をお支払いします。(保険の限度額を経過した場合、残額がある場合のみ残額を上限として支払われます。)
To the insured and whom it may concern
Concerning this insurance, claims are paid in order of arrival when multiple claims are received. If the claim amount exceeds the insurance limit, the payment will be made only up to the remaining amount.