

1

의료기관

1-1

의료기관의 종류

- 일본에는 많은 의료기관이 있으며 각기 그 역할이 나뉘어져 있습니다. 증상이 가벼운 질병과 부상은 가까운 진료소로 가십시오.
- ① 진료소와 클리닉: 일상적인 질병과 상처를 치료할 경우
 - ② 중소규모의 병원: 수술이나 입원이 필요한 경우 또는 응급치료를 해야 할 경우
 - ③ 대형병원(종합병원): 중증의 응급환자나 고도의 의료기술이 필요한 경우
- 병원과 진료소에 갈 때는 건강보험증을 챙겨갑니다. 건강보험증을 보여주지 않을 경우 의료비가 전액 본인부담이 됩니다.
 - 질병과 부상의 정도에 따라 진료과목이 정해집니다. 다음 표는 진료과목별로 진찰받을 수 있는 질병과 부상의 내용입니다.

내과	소화기, 호흡기, 순환기, 비뇨기, 혈액, 내분비, 신경 등 내장기관 질환의 진단과 주로 수술없이 약제를 사용한 치료를 합니다. 감기를 비롯한 일반적인 질병의 진단과 치료도 합니다.
외과	암이나 외상에 의한 내장 질병을 수술을 중심으로 치료합니다.
소아과	소아의 질병 치료를 목적으로 합니다.
정형외과	뼈, 관절, 근육, 힘줄 등의 운동에 관련된 기관과 그와 관련된 신경의 질병을 치료합니다.
안과	눈과 관련된 질병을 치료합니다.
치과	치아에 관련된 질병 치료와 교정 및 가공을 합니다.
산부인과	임신, 분만, 신생아 등 출산과 관련된 질병을 치료합니다.

1-2 의료기관 찾기

- 의료기관을 찾을 때에는 다음을 이용하시기 바랍니다.

- ① 거주지 관할 지역의 시구정촌이 발행하는 홍보지
- ② 인터넷
- ③ 전국 의료기관을 검색할 수 있는 의료정보사이트(내비이)

※ 의료정보넷(내비이)

<https://www.iryou.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>



※ 이 밖에 방일 외국인 여행자용 일본 정부 관광국 (JNTO) 사이트에서도 외국어로 의료기관(도도부현 이 지정하는 외국인 수용 거점 의료기관 등)을 검색할 수 있습니다.

https://www.jnto.go.jp/emergency/jpn/mi_guide.html



- 상담이 가능한 장소.

- ① 거주지 관할 지역 시구정촌
- ② 의료안전지원센터(※)

(※) 도도부현, 보건소가 설치된 시와 특별구에 약 400 개소 설치되어 있습니다.

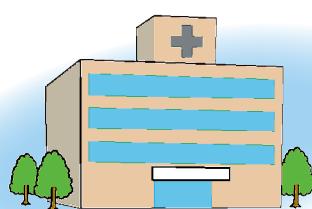
자세한 사항은 다음 홈페이지에서 확인하시기 바랍니다.

<https://www.anzen-shien.jp/center/>



- 다음은 일본어로 의사소통하기가 어려운 사람이 상담할 수 있는 기관입니다.

- ① 관할지역의 시구정촌
- ② 관할지역의 국제교류 협회
- ③ 특정 비영리 활동법인 (NPO 법인)(외국어로 상담에 대응하는 경우가 있습니다)



2

의료보험

일본에 거주하는 사람은 국적과 상관없이 공적 의료보험에 가입해야 합니다. 사회 전체가 부담을 분담함으로써 의료비의 본인부담분을 줄이고 양질의 고도 의료를 받을 기회를 평등하게 보장하는 구조입니다.

2-1

건강보험

(1) 가입요건

건강보험 가입이 의무화된 회사(사업소)에 근무하면서 건강보험 가입이 필요한 사람

- ① 정사원, 법인 대표자, 임원
- ② 파트타임, 아르바이트 등 같은 회사(사업장)의 정규직 근로자의 주당 소정근로시간의 4분의 3 이상을 근무하는 사람
- ③ 다음의 5 가지 요건을 모두 갖춘 파트타임, 아르바이트 등
 - 1 주일에 정해진 근무시간이 20 시간 이상
 - 2 개월을 초과해서 사용될 것이 예상되는 것
 - 월급이 8.8 만엔 이상
 - 학생이 아닌 자
 - 종업원 51 명이상의 회사에서 근무



(2) 보험료

건강보험의 보험료는 원칙적으로 회사와 피보험자가 반반씩 부담합니다. 피부양자는 보험료를 부담하지 않습니다.

(3) 수급내용

의료비의 본인부담

보험을 이용한 의료비의 일부부담(본인부담) 비율은

- 만 6 세(초등학교 취학 전) 미만 20%
- 만 70 세 미만 30%
- 만 70 세부터 만 74 세까지 20%(현역에 준하는 소득자는 30%)

요양비

- 국민건강보험에 가입 직후로 보험증이 아직 없는 경우
 - 김스 등의 치료용 장비를 구입한 경우
 - 의사가 필요하다고 인정한 안마, 침, 뜸, 맷사지 등을 받은 경우
 - 해외에서 진료를 받은 경우 등
- 진료에 든 비용은 일단 전액 본인이 부담한 후 신청하여 인정되면 일부 본인부담을 제외하고 요양비로 받을 수 있습니다.



고액요양비

의료기관과 약국의 창구에서 지불한 금액(입원시의 식사부담이나 차액 침대요금 등은 포함되지 않습니다)이 한 달에 일정액을 넘는 경우에 초과한 금액을 지급하는 제도입니다. 최종적인 본인부담액인 매월의 ‘부담 상한액’은 가입자가 만 70 세 이상인지와 가입자의 소득 수준에 따라 차이가 있습니다.

이송비

병이나 부상으로 이동이 어려운 환자가 의사의 지시로 일시적이고 긴급적인 필요로 인해 이송될 경우에는 다음의 모든 요건을 갖추면 이송비를 현금으로 받을 수 있습니다.

- 이송에 의해 적절한 진료를 받았을 경우
- 이송의 원인인 질병 또는 부상으로 이동하는 것이 몹시 곤란했을 경우
- 긴급 또는 그 밖의 부득이한 경우

상병 수당금

피보험자(가입자)가 질병이나 부상 등의 이유로 근무가 불가능하여 업무를 연속 3일간 쉰 후, 4일째 이후의 근무를 쉰 일수에 대하여 지급됩니다.

지급기간은 지급개시일로부터 통산하여 1년 6개월입니다.

출산육아일시금

피보험자(가입자) 또는 피부양자가 출산한 경우 출산에 필요한 경제적 부담을 줄이기 위해 지급되는 제도입니다. 지급액은 출산아 1명당 원칙적으로 50 만엔입니다.

출산수당금

피보험자(가입자) 또는 피부양자가 출산한 경우 출산에 필요한 경제적 부담을 줄이기 위해 지급되는 제도입니다. 지급액은 출산아 1명당 원칙적으로 42 만엔(2023년 4월 이후는 50 만엔)입니다.

가족요양비

피부양자가 병에 걸리거나 부상을 당했을 때에는 가족 요양비를 받을 수 있습니다. 지급범위, 수급방법, 수급기간 등은 피보험자(가입자)에 대한 요양비 급여와 동일합니다.

2-2 국민건강보험

(1) 가입요건

- 주민등록을 마친 사람으로 직장 건강보험 대상이 아닌 만 75 세 미만의 사람은 국민건강보험에 가입하게 됩니다.
- 외국인은 다음의 한 항목이라도 해당되는 사람을 제외하고는 국민건강보험에 가입할 필요가 있습니다.

- ① 체류기간이 3 개월 이하(※)
- ② 체류자격 ‘단기체재’
- ③ 체류자격 ‘특정활동’ 중 ‘의료를 받는 활동’ 또는 ‘그 사람의 일상 보조 활동’을 하는 사람
- ④ 체류자격 ‘특정활동’ 중 ‘관광, 휴양 및 그 외 이와 유사한 활동’을 하는 사람
- ⑤ 체류자격 ‘외교’
- ⑥ 불법체류 등으로 체류자격이 없는 사람
- ⑦ 일본과 의료보험을 포함한 사회보장협정을 맺고 있는 나라의 국민으로 본국 정부로부터 사회보험가입증명서(적용증명서)를 교부받은 사람



(※) 체류기간이 3 개월 이하여도 체류자격이 다음의 어느 하나에 해당하는 경우로, 자료에 의하여 3 개월을 초과하여 체류하는 것을 인정받은 사람은 가입이 가능합니다.

- 체류자격 ‘통행’
- 체류자격 ‘기능실습’
- 체류자격 ‘가족체재’
- 체류자격 ‘특정활동(상기 ③ 또는 ④에 해당하는 경우를 제외합니다)’

(2) 가입 및 탈퇴 수속

국민건강보험의 가입과 탈퇴 수속(※)은 거주지 관할 시구정촌에서 실행합니다. 자세한 사항은 거주지 관할 시구정촌에 문의하시기 바랍니다.

(※) 다음에 해당하는 사람은 국민건강보험 탈퇴 수속을 해야 합니다.

- ① 현재 살고 있는 시구정촌에서 다른 시구정촌으로 이사한 사람
- ② 직장 건강보험에 가입한 사람 등

(3) 보험료

보험료는 세대단위로 산정되며 가입자의 소득이나 인원수 등에 의해 결정됩니다. 세대주가 보험료를 납입하는 납부의무자가 됩니다.

※ 소득이나 생활상황 등에 따라 보험료가 경감되는 경우가 있으므로 자세한 사항은 시구정촌에 문의하시기 바랍니다.

(4) 수급내용

의료비의 본인부담

보험을 이용한 의료비의 일부부담(본인부담) 비율은 다음과 같습니다.

- 만 6 세(초등학교 취학 전) 미만 20%
- 만 70 세 미만 30%
- 만 70 세부터 만 74 세까지 20%(현역에 준하는 소득자는 30%)

요양비

- 취국민건강보험에 가입 직후로 보험증이 아직 없는 경우
- 김스 등의 치료용 장비를 구입한 경우
- 의사가 필요하다고 인정한 안마, 침, 뜸, 맛사지 등을 받은 경우
- 해외에서 진료를 받은 경우 등



진료에 든 비용을 일단 전액 본인이 부담한 후 신청하여 인정되면 일부부담(본인부담)을 제외하고 요양비로 받을 수 있습니다.

고액요양비

의료기관이나 약국의 창구에서 지불한 금액(입원시의 식사부담이나 차액 침대 요금 등이 포함되지 않습니다)이 한 달 일정액을 넘는 경우 초과 금액을 지급하는 제도입니다. 최종적인 자기부담액이 되는 매월 ‘부담 상한액’은 가입자가 만 70 세 이상인지 아닌지 또는 가입자의 소득 수준 등에 따라 차이가 있습니다.

이송비

병이나 부상으로 이동이 어려운 환자가 의사의 지시로 일시적이고 긴급적인 필요로 인해 이송될 경우 다음 요건을 모두 충족하면 이송비를 현금으로 받을 수 있습니다.

- 이송에 의해 적절한 진료를 받았을 경우
- 이송의 원인인 질병 또는 부상에 의해 이동하는 것이 몹시 곤란했을 경우
- 긴급 또는 그 외 부득이한 경우

출산육아일시금

피보험자가 출산한 경우, 출산에 필요한 경제적 부담을 줄이기 위해 지급되는 제도입니다. 지급액은 아이 1 명당 원칙적으로 50 만엔입니다.

2-3 후기 고령자 의료 제도

(1) 가입요건

만 75 세가 되면

- 주민등록이 되어 있는 사람으로 만 75 세 이상인 사람은 후기 고령자 의료제도에 가입하게 됩니다.
- 만 65 세부터 만 74 세까지의 사람으로 일정한 장애가 있다고 인정받은 사람도 가입할 수 있습니다.
- 그때까지 가입해 있던 의료보험(국민건강보험, 건강보험조합, 협회건강보험, 공제 조합 등)은 탈퇴하게 됩니다.
- 만 75 세 이상의 외국인에 대해서는 다음의 한 항목이라도 해당되는 사람을 제외하고는 후기 고령자 의료제도에 가입해야 합니다.



- ① 체류기간이 3 개월 이하(※)
- ② 체류자격 ‘단기체재’
- ③ 체류자격 ‘특정활동’ 중 ‘의료를 받는 활동’ 또는 ‘그 사람의 일상 생활을 돌보는 활동’을 하는 사람
- ④ 체류자격 ‘특정활동’ 중 ‘관광, 휴양 및 그 외 이와 유사한 활동’을 하는 사람
- ⑤ 체류자격 ‘외교’
- ⑥ 불법체류 등으로 체류자격이 없는 사람
- ⑦ 일본과 의료보험을 포함한 사회보장협정을 맺고 있는 나라의 국민으로 본국 정부로부터 사회보험가입증명서(적용증명서)를 발급받은 사람

(※) 체류기간이 3 개월 이하라도 체류자격이 다음의 어느 하나에 해당될 경우, 자료에 의해 3 개월을 초과하여 체류한다고 인정되는 사람은 가입할 수 있습니다.

- 체류자격 ‘통행’
- 체류자격 ‘기능실습’
- 체류자격 ‘가족체재’
- 체류자격 ‘특정활동(위의 ③ 또는 ④에 해당하는 경우는 제외)’

(2) 가입 및 탈퇴 수속

후기 고령자 의료제도의 가입과 탈퇴 수속은 거주지 관할 시구정촌에서 실시합니다. 자세한 사항은 살고 있는 시구정촌에 문의하시기 바랍니다.

그리고 현재 살고 있는 시구정촌에서 도도부현을 넘어 다른 시구정촌으로 이사하는 사람들은 후기 고령자 의료제도 탈퇴 수속을 해야 합니다.

(3) 보험료

보험료는 가입자 전원이 동일금액을 부담하는 균등할액과 피보험자의 소득에 따라 부담하는 소득할액을 합친 합계액입니다.

회사의 건강보험 등의 피부양자였던 사람의 보험료가 경감되는 경우도 있으며 소득과 생활상황에 따라서 보험료가 경감되는 경우도 있습니다. 자세한 사항은 거주지 관할 시구 정촌 또는 후기고령자 의료광역연합으로 문의하시기 바랍니다.

(4) 수급내용

의료비 본인부담

보험이 적용되는 의료를 받을 경우, 일부부담(자기부담)비율은 의료비의 10% 됩니다. 단, 현역에 준하는 수준의 소득이 있는 사람은 30% 부담, 그 이외 일정 이상의 소득이 있는 사람은 20%부담이 됩니다.

요양비

- 가입 직후로 보험증이 없는 경우
- 김스 등의 의료용 장비를 구입한 경우
- 의사가 필요하다고 인정한 안마, 침, 뜸, 맷사지 등을 받은 경우
- 해외에서 진료를 받은 경우 등



일단 진료에 든 비용 전액을 본인이 부담하고, 그후에, 신청하여 인정받으면 일부부담(본인부담)을 초과한 부분을 요양비로 받을 수 있습니다.

고액요양비

의료기관이나 약국의 창구에서 지불한 금액(임원시의 식사비부담이나 차액 침대요금 등은 포함되지 않습니다)이 한 달 일정액을 넘는 경우, 초과 금액을 지급하는 제도입니다. 최종적인 본인부담액이 되는 매월 ‘부담 상한액’은 가입자의 소득 수준에 따라 차이가 있습니다.

이송비

병이나 부상으로 이동이 어려운 환자가 의사의 지시로 이송됐을 경우에는 다음 요건을 모두 갖추면 이송비를 현금으로 받을 수 있습니다.

- 이송에 의해 적절한 진료를 받았을 경우
- 이송의 원인인 질병 또는 부상에 의해 이동하는 것이 몹시 곤란했을 경우
- 긴급 또는 그 외 부득이한 경우

3**약**

- 약은 약국이나 드럭스토어에서 구입할 수 있습니다.
 - 질병이나 부상 치료에 약을 쓸 경우가 있지만 약에는 부작용이 있으므로 사용에 주의해야 합니다.
 - 약에 대한 문의사항은 약국이나 드럭스토어에 있는 약제사나 등록판매자에게 상담해 주시기 바랍니다.
- ※ 등록판매자는 처방전 없이 구입할 수 있는 약(OTC의약품)의 일부를 판매할 수 있습니다.

3-1**약국**

약국에서는 의사의 처방전에 따라 약사가 조제하며 복약 지도하에 약을 받을 수 있습니다. 또한 OTC의약품을 구입할 수 있습니다.

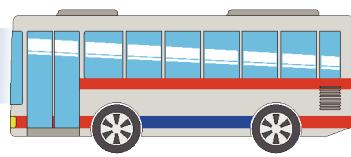
3-2**드럭스토어**

OTC의약품에 대해서는 약국과 마찬가지로 구입이 가능합니다. 단, 드럭스토어에서는 처방전을 받지 않습니다.



4-3

버스

**(1) 장거리를 이동하는 버스(장거리버스)**

- 보통은 승차 전에 승차권을 미리 구입해 둘 필요가 있습니다.

(2) 살고 있는 지역의 정해진 경로를 이동하는 버스(노선버스)**① 거리와 상관없이 동일한 운임일 때**

- 버스 승차시 운임함에 교통비를 넣는다.
- 교통계 IC카드 등으로 지불할 때에는 운임함에 카드를 댄다.

② 거리에 따라 운임이 달라지는 경우

- 버스 승차시 번호가 찍혀 있는 정리권을 뽑고 내릴 때에 운전수 위쪽 전광판에 표시된 정리권 번호를 확인한 후 그 번호 밑에 적힌 운임을 지불한다.
- 교통계 IC카드 등으로 지불할 때에는 버스 승차시와 하차시 두 번 카드를 댄다.