

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者の	記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	氏 名	(自署)		
	住 所	〒 - TEL		

申 請 内 容	対象者の	氏名	続柄 *本人・妻・長男等	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	傷 病 名	発病または負傷年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	発病または負傷の原因			
	第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	診療を受けた医療機関等	名称	所在地 *国名も	診療した医師等の氏名
	診療を受けた期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		療養に要した費用の額
	上記のうち入院した期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		
	診療の内容			
渡航期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			

同意書 Agreement of Authorization

海外療養費支給申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

In order to confirm the facts (date, time and place of medical treatment, treatment details, etc.) stated in the form for claiming overseas medical treatment benefits, I agree that an inquiry shall be made of the person who performed the medical treatment, wherein such an inquiry is conducted by, for example, providing the claim form, to obtain information from the said person regarding the content of the inquiry.

署名欄 Signature

長谷工健康保険組合 御中

患者名 (Name of patient) :

住所 (Address) :

生年月日 (Date of birth) : Year Month Day

記入日 (Date entered) : Year Month Day

【添付書類】

- *1 診療内容明細書(様式A、和訳A)
- *2 領収明細書(様式B、和訳B)
- *3 領収書(原本)
- *4 領収書の和訳
- *5 受診者の渡航記録(出国、帰国)が確認できる箇所のコピー
(パスポート、査証、航空チケット等の写し)

受付日付印