

- 被保険者
- 家 族

海外療養費(付加金)支給申請書(歯科)

海外・K21-②

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 傷 病 名			② 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	③ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	④ 傷 病 の 経 過				
	⑤ 診 療 を 受 け た の 病 院 医 院 の	㊦ 名 称		㊧ 所 在 地	
	⑥ 診 療 に 従 事 し た 医 師 の	㊦ 氏 名		㊧ 住 所	
	⑦ 診 療 の 内 容				
	⑧ 診 療 の 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑨ 診 療 に 要 し た 費 用 の 総 額 (薬代を含む)	日間
	⑩ ⑧ 欄 の 期 間 中 に お い て 診 療 を 受 け た 実 日 数	診療日を○月○日、○月○日……のように列記して下さい。			
		日間			

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

私(療養を受けた者)_____は、経済産業関係法人健康保険組合の職員又は経済産業関係法人健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(診療行為を行った日時、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、当該者から照会に対する情報提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、旅券等のコピーが必要となる場合は、旅券等を経済産業関係法人健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記名

署名または印字(PC入力)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)の記名が必要です。

氏 名 _____

日 付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者との関係): 本人・親権者・法定相続人・その他()

該当するものに○を付けて下さい。

※ 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して頂くことがあります。