

海外療養費支給申請手続きについて

海外旅行中、赴任中に病気やケガでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療に限られます。勤務中や通勤途中のケガ、健康診断、正常な妊娠・出産、美容のための整形手術などは健康保険が適用されません。また、はじめから治療目的で海外へ渡航した場合の治療は対象外です。

なお、海外で臓器移植を受ける場合に、一部、健康保険が適用になるケースがあります。給付を受けられる要件は決まっていますので事前に健保組合にお問合せください。

■ 申請の手順

1. 海外渡航の際に、「診療内容明細書（様式A）」「領収明細書（様式B）」「歯科診療内容明細書（様式C）」「国際疾病分類表」をご持参ください。
2. 海外で治療が必要になったとき、「診療内容明細書（様式A）」「領収明細書（様式B）」（歯科の場合は「歯科診療内容明細書（様式C）」）を受診した現地の医師に記入してもらいます。受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごと、月をまたがった場合は1ヵ月ごとに1枚ずつ証明が必要となります（用紙が不足する場合はコピーしてください）。また、領収書（原本）の提出が必要ですので、紛失しないようご注意ください。
3. 帰国後、必要書類をすべて揃え、健保組合へご提出ください。

■ 支給金額の計算方法

日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担額（患者負担分）を差し引いた額を支給します（自己負担3割の方は7割を支給）。このため、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、健保組合からの支給額が大幅に少なくなることがあります。

外貨で支払った医療費は支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算し支給額を算出します。

■ 必要書類（1～6を提出してください）

書類名	説明
1 「海外療養費支給申請書」①②	受診者毎、医療機関毎、入院・外来毎、1ヶ月毎に記入してください
2 「診療内容明細書」と「領収明細書」（様式Aと様式B） ※歯科の場合「歯科診療内容明細書」（様式C）	「診療内容明細書（様式A）」、「領収明細書（様式B）」、「健康保険用国際疾病分類表」の3点を受診したドクターに渡し、記入してもらってください。歯科の場合は「歯科診療内容明細書（様式C）」。ドクターの証明費用等は被保険者負担となります。
3 「領収書（原本）」	コピー不可
4 「診療内容明細書」「領収明細書」「領収書（原本）」の日本語訳	2・3の日本語訳を添付してください。用紙は「様式A～C邦訳（医科の場合様式A・B邦訳、歯科の場合様式C邦訳）」を使用、任意の用紙を使用しても構いません。（2・3のコピーに邦訳を記入しても可）日本語訳には必ず翻訳者の住所・氏名を記入してください。翻訳の費用等は被保険者負担となります
5 渡航を確認できる書類	パスポート（氏名・写真のページと該当するビザ・出入国スタンプのページの2ヶ所）など療養中に実際に渡航していたことが確認できる書類の写し
6 「同意書」 治療を受けた方（未成年者、成年被後見人、死亡者の場合は指定された方）が署名・押印をしてください	海外の医療機関等に対して、支給申請の内容に関し照会する場合の同意書です。必要に応じて、健保より海外の医療機関等へ診療内容等につき照会することがあります
7 扶養の事実を確認できる書類 ※ 別居の家族の場合のみ	受診時点の扶養事実が確認できる書類を提出していただくことがあります

※ 健康保険用国際疾病分類番号をドクターにご証明いただく際には、「国際疾病分類表」を参照のこと。

※ 必要に応じて、その他現地で発行された書類等（翻訳含む）を提出いただく場合があります。

■ 注意事項

1. 海外の病院等で書類をもらうのに費用がかかる場合もありますが、その費用は申請者の負担となります。
2. 申請期限は、治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。

〒190-0012 東京都立川市曙町二丁目37番7号

H. U. グループ健康保険組合

TEL: 050-2000-5065

E-mail: hugp-kenpo@hugp.com

●申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。

●A4片面で印刷ください。

1

2

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	事業所名(会社名)※出向者は原籍の会社名
	氏名	(フリガナ) -----		被保険者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		

※振込先の口座は原則被保険者の口座になります。

振込先指定口座(日本にある口座)	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑ 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。			
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			
	<input type="text"/>			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

<備考>

受付日付印

※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

続柄

生年月日

 昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日昭和
平成
令和

年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)1. 病気
2. ケガ

(原因および経過)

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

6 診療を受けた期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

診療
日数

日

7 療養に要した費用の額

_____ (_____) 通貨単位を記入してください(例:アメリカドル)

8 診療の内容

9 仕事中、通勤途中、
または第三者行為(※)
によるものですか

1. はい 2. いいえ

10 療養費の支給申請の理由

受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか

1. はい

2. いいえ

海外滞在の理由

・渡航期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
・渡航目的、海外滞在の理由

(※) 第三者行為とは、自動車事故や不当な暴力など、第三者(他者)による加害行為のことを指します

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別 _____
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 _____ (No. _____)
3. Date of first Diagnosis
初診日 _____
4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 _____ days
5. Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization From ____/____/____ to ____/____/____ (days)
入院 自 ____/____/____ 至 ____/____/____ (日間)
Outpatient or Home Visit ____/____/____ . ____/____/____
入院外 ____/____/____ . ____/____/____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 _____
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____
Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____
Office(病院または診療所) _____ Phone _____
Date(日付) _____ Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt
領収明細書

Form B

様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料	\$ _____	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料	\$ _____	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料	\$ _____	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院	管 理 料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入 院	費	\$ _____	
(6) Consultation	診 察	費	\$ _____	
(7) Operation	手 術	費	\$ _____	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	\$ _____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費	\$ _____	
(13) Anesthetics	麻 酔	費	\$ _____	
(14) Operating room Charge	手 術 室	費 用	\$ _____	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(16) Total	合 計	\$	_____	Unit is _____ 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
Date(日付)		Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

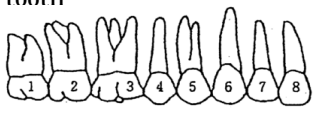



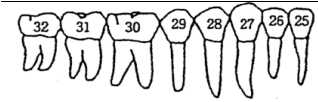
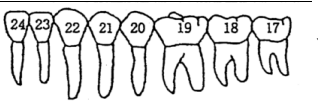
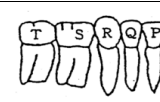
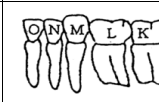
診療録の番号 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式 C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) (RIGHT)  (LEFT)		(RIGHT)  (LEFT) 
(Lower) (RIGHT)  (LEFT)		(RIGHT)  (LEFT) 

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X - Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Workブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

Date(日付) _____

Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
健康保険用国際疾病分類表

Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症		Diseases of the blood and blood - forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害	
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	Endocrine , nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患	
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウィルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウィルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
Neoplasms 新生物		0503	Schizophrenia , schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic , stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea , bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	Diseases of the nervous system 神経系の疾患	
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患		Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患		Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化 (症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変 (アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化 (症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema
皮膚及び湿疹

1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis
関節症

1303 Spondylopathies
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure
腎不全

1403 Urolithiasis
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

Pregnancy , childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema , proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy , childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩

1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others
その他の周産期に発生した病態

Congenital Malformations , deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形

1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

Symptoms , signs and abnormal clinical and laboratory findings , not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms , signs and abnormal clinical and laboratory findings , not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

Injury , poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance .
1503番 (印)は健康保険は適用されません。

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

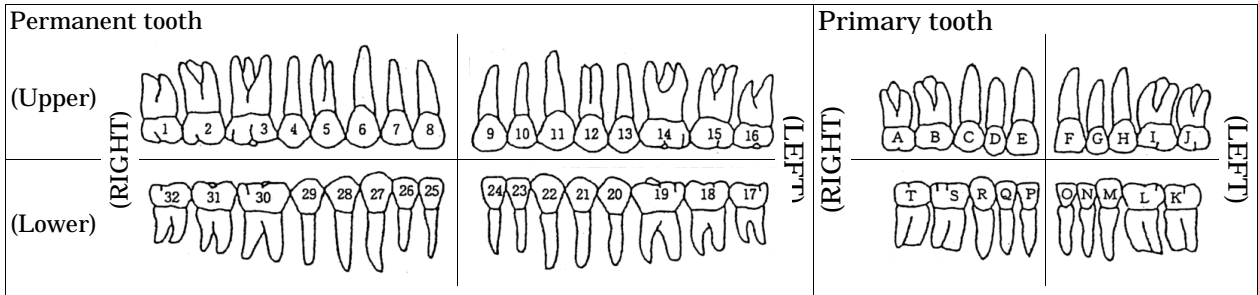
翻訳者

住所

氏名

電話

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

電話

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、当該者からその証明内容について情報提供を受けることに同意します。

【 署名欄 】

H.U.グループ健康保険組合 殿

署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

●被保険者（成年後見人・法定相続人）の署名欄

氏名： _____

※療養を受けた者（患者）と同じ場合には「同上」と記入してください。

住所： _____