

栗田健康保険組合理事長 殿

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)、健保 太郎は、栗田健康保険組合の職員又は栗田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(療養行為を行った日時、場所、療養内容)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の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートの写しが必要となる場合には、栗田健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。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)が署名、押印して下さい。

(氏名) 健保 太郎 (印) (自署の場合は印鑑は不要です。)

(日付) 2015 年 4 月 1 日

(患者との関係) (印) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ 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頂くことがあります。

渡航に係る事業主証明欄

1. 当該申請者である被保険者は、業務命令により海外勤務していることを証明します。
 2. 当該申請の治療を受けた被扶養者は、上記被保険者に帯同していることを証明します。
- (上記、1、2のうち、該当する番号に○を付けてください。)

2015 年 4 月 1 日

事業所名称 株式会社 ○○○○

事業主氏名 ○○ ○○ (印)

海外療養費支給申請には、海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート・航空券等の写し)の提出が必要ですが、業務命令による海外勤務等(帯同している被扶養者も含む)で、海外に渡航している事実を事業主が把握している場合は、この事業主証明欄への事業主氏名の記載・押印で代替ができます。