

# 海外療養費支給申請書 兼 同意書

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また下記の項目に同意します。

## 個人情報の取扱に関する同意書

<アルプス電気健康保険組合 御中>

私は、当該治療に関して貴健康保険組合から支給される療養費を請求いたします。

私(被保険者)と私の家族(被扶養者)は、貴組合あるいは、貴組合が委託(再々委託まで含む)した事業者が、本海外療養費支給申請(以下、本申請と言う)に関する個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

①本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、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・申請書類等の提供を受けること。

②本申請の可否を判断するため、診療報酬明細書(レセプト)、診断書等の翻訳、内容点検、審査を行うこと。

年 月 日

被保険者 署名 \_\_\_\_\_

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等記号		被保険者等番号		
	被保険者氏名		被保険者英字氏名		
	被保険者所属		被保険者 Email Address		
	受診者氏名		受診者の続柄		
	出国の目的	出張・トレーニー・帯同休職・旅行・その他( )			
	症状、事故状況	傷病名(日本語訳)			
		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		
	診療を受けた期間・日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日間	
	入院・通院	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院			
請求の理由	<input type="checkbox"/> 海外で療養を受けたため <input type="checkbox"/> その他( )				
申請額合計	(通貨単位 )				

※受診者別、診療月別、医療機関別、入院・外来別に申請してください。

※支払金融機関をご記入ください。

送金先	フリガナ	銀行	信金	信組	労金	農協	支店名	フリガナ
								支店
預金種別	1.普通・2.当座・3.その他( )			口座番号(右詰めで記入)				
口座名義	フリガナ	(氏)	(名)	※口座名義は被保険者に限ります。				

\*送金先および預金種別に「○」印の上、ご記入ください。

※添付資料提出チェック欄 すべての書類準備完了後、**原本を送付下さい。**

健保組合受付印

- 海外療養費支給申請書 兼 同意書(健保指定書式)
- 診療内容明細書 又は 歯科診療内容明細書(健保指定書式)
- 領収書
- パスポートのコピー(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ)
- 査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの)
- 航空チケットのコピー(eチケットの控え含む)