

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

(被保険者) および (療養を受けた者) は、
日本電子健康保険組合が海外療養費支給申請書にある事実（療養行為を行なった日時、
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、療養行為を行なった者
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、パスポート等のコピーを健康保険組合に提示することも併
せて同意します。

記

署名日 年 月 日

療養期間 年 月 日 ～ 年 月 日

被 保 険 者 署 名 欄	健保番号 : _____ - _____ 氏 名 : _____ (印) 住 所 : _____
---------------------------------	--

療 養 を 受 け た 者 の 署 名 欄	氏 名 : _____ (印) 住 所 : _____ 続 柄 : 本 人 ・ 被扶養者 _____ (妻・長男・二女など)
---	--