

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(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。>>>

受付日付印

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	<input type="checkbox"/> 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	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			
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		から	まで	日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数	
	から	まで	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 受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(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)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 []			

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は、社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。 outpatient and
home visit
3. One form for each month, one form for hospitalization / home visit
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of patient(Last,First) Age(Date of Birth) Sex(Male・Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for
the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号(裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : _____, 20_____
初診日
4. Day of diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, 20_____, to _____, 20_____ (____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (____ 日間)
 Out patient or Home Visit : _____, 20_____, _____, 20_____
入院外 _____, 20_____, _____, 20_____
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
治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending physician : Form B
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院又は診療所 _____ 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 _____

社会保険表章用国際疾病分類表

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

I 感染症及び寄生虫症

Certain infectious and parasitic diseases

- 0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases
- 0102 結核 Tuberculosis
- 0103 主として性的伝播様式をとる感染症
Infections with a predominantly sexual mode of transmission
- 0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
- 0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis
- 0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases
- 0107 真菌症 Mycoses
- 0108 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
Sequelae of infectious and parasitic diseases
- 0109 その他の感染症及び寄生虫症
Other infectious and parasitic diseases

II 新生物 Neoplasms

- 0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach
- 0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon
- 0203 直腸 S 状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
- 0204 肝及び肝内胆管の悪性新生物
Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
- 0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物
Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
- 0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast
- 0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus
- 0208 悪性リンパ腫 Malignant Lymphoma
- 0209 白血病 Leukaemia
- 0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms
- 0211 良性新生物及びその他の新生物
Other benign neoplasms and other neoplasms

III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

- 0301 貧血 Anaemias
- 0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

- 0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland
- 0402 糖尿病 Diabetes mellitus
- 0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

V 精神及び行動の障害

Mental and behavioural disorders

- 0501 血管性及び詳細不明の痴呆
Vascular dementia and Unspecified dementia

- 0502 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
- 0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
- 0504 気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む） Mood[affective] disorders
- 0505 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
Neurotic, stress-related and somatoform disorders
- 0506 精神遅滞 Mental retardation
- 0507 その他の精神及び行動の障害
Other psychoses and disorders of action

VI 神経系の疾患 Diseases of the nervous system

- 0601 パーキンソン病 Parkinson's disease
- 0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease
- 0603 てんかん Epilepsy
- 0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
Cerebral palsy and other paralytic syndromes
- 0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
- 0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system

VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

- 0701 結膜炎 Conjunctivitis
- 0702 白内障 Cataract
- 0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
- 0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa

VIII 耳及び乳様突起の疾患

Diseases of the ear and mastoid process

- 0801 外耳炎 Otitis externa
- 0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
- 0803 中耳炎 Otitis media
- 0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患
Other diseases of middle ear and mastoid
- 0805 メニエール病 Disorders of vestibular function
- 0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear
- 0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear

IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

- 0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases
- 0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
- 0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
- 0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
- 0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
- 0906 脳梗塞 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries
- 0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis
- 0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
- 0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis
- 0910 痔核 Haemorrhoids
- 0911 低血圧（症） Hypotension
- 0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

X 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system

- 1001 急性鼻咽頭炎 [かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]
- 1002 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺 Acute pharyngitis and tonsillitis
- 1003 その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections
- 1004 肺炎 Pneumonia
- 1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis
- 1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis
- 1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis
- 1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎
Bronchitis, not specified as acute or chronic
- 1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease
- 1010 喘息 Asthma
- 1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system

X I 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system

- 1101 う 蝕 Dental caries
- 1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases
- 1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害
Other disorders of teeth and supporting structures
- 1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer
- 1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis
- 1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease
- 1107 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
Chronic hepatitis, not elsewhere classified
- 1108 肝硬変（アルコール性のものを除く）
Liver cirrhosis not elsewhere classified
- 1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver
- 1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis
- 1111 膵疾患 Diseases of pancreas
- 1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system

X II 皮膚及び皮下組織の疾患

Diseases of the skin and subcutaneous tissue

- 1201 皮膚及び皮下組織の感染症
Infections of the skin and subcutaneous tissue
- 1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema
- 1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue

X III 筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

- 1301 炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies
- 1302 関節症 Arthrosis
- 1303 脊椎障害（脊椎症を含む） Spondylopathies
- 1304 椎間板障害 Intervertebral disc disorders
- 1305 頸腕症候群 Cervicobrachial
- 1306 腰痛症及び坐骨神経痛 Low back pain and sciatica
- 1307 その他の脊柱障害 Other dorsopathies
- 1308 肩の傷害 Shoulder lesions
- 1309 骨の密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure
- 1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
Other diseases of skeletal muscles and connective tissues

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

- 1401 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 Glomerular diseases

- 1402 腎不全 Renal failure

- 1403 尿路結石症 Urolithiasis

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

- 1405 前立腺肥大（症） Hyperplasia of prostate

- 1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs

- 1407 月経障害及び閉経周辺期障害

Menopausal and postmenopausal disorders

- 1408 乳房及びその他の女性性器の疾患

Other disorders of breast and female genital organs

X V 妊娠、分娩及び産じょく

Pregnancy, childbirth and the puerperium

- 1501 流産 Pregnancy with abortive outcome

- 1502 妊娠中毒症

Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium

- 1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery

- 1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく

Others Pregnancy, childbirth and the puerperium

X VI 周産期に発生した病態

Certain conditions originating in the perinatal period

- 1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害

Disorders related to length of gestation and fetal growth

- 1602 その他の周産期に発生した病態

Others Certain conditions originating in the perinatal period

X VII 先天奇形、変形及び染色体異常

Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

- 1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart

- 1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常

Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

X VIII 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

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

- 1800 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

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

- 1901 骨折 Fracture

- 1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷

Intracranial damage and internal organ damage

- 1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions

- 1904 中毒 Poisoning

- 1905 その他の損傷及びその他の外因の影響

Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

注：1503番（*印）は社会保険は適用されません。

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.

■邦訳(A)

2. 傷病名及び社会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 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話 _____

■邦訳(B)

15. その他 (項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話 _____

This form is used for claiming the health insurance benefit.

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex M F 性別 男 女
 Initial Office Visit 初診日 _____ Days of Services 診療日数 _____ days

Tooth Number 歯式																												
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																				
治療した歯に○をつけてください																												
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J			
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17		#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察		_____	8. Filling Amal. 充填 アマル	1 serf. _____	_____
2. X-ray レントゲン	Bite-wings × 咬翼型 _____	_____	2 serf. _____	_____	_____
3. Medication 投薬	Periapical × 標準型 _____	_____	3 serf. _____	_____	_____
	Panoramic × パノラマ _____	_____	Comp. 複合 _____	1 serf. _____	_____
	□Gargle うがい薬	□Antibiotic 抗生剤	2 serf. _____	_____	_____
	□Antalgic 鎮痛剤	_____	3 serf. _____	_____	_____
Other(specify) その他(内容を明記)	_____	_____	面	_____	_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ←歯石除去	_____	_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布	_____	_____	Material 材料 _____	_____	_____
5. Extraction 抜歯	_____	_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造	_____	_____
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化	_____	_____	Post & Core メタルコア	_____	_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬	_____	_____	11. Crown 冠	Material 材料 _____	_____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____	Porcelain / Gold・Silver Alloy ポーセレン・金 銀合金	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄	_____	_____	Other その他 _____	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯 _____	_____
1 Canal _____	_____	_____	Material 材料 _____	_____	_____
2 Canal _____	_____	_____	Pontic ダミー _____	_____	_____
3 Canal _____	_____	_____	13. Plate Denture 有床義歯	_____	_____
根管 _____	_____	_____	Material 材料 _____	_____	_____
			14. Other(specify) その他 (材料・内容を明記)	_____	_____

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所又は歯科医師の名称及び所在地

Total Fee 合計

Date 日付 _____

Dentist Signature 歯科医師の署名 _____

様式C 邦訳

Permanent tooth 永久歯 ToothNumber 歯式 Milky Tooth 乳歯 治療した歯に○をつけてください															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; border: none;"></td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	R	L	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> </table>	E D C B A	A B C D E	R	L	E D C B A	A B C D E	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	R	L	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="text-align: center;">A B C D E</td> </tr> </table>	E D C B A	A B C D E	R	L	E D C B A	A B C D E		
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
R	L														
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
E D C B A	A B C D E														
R	L														
E D C B A	A B C D E														

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 _____

(別 紙)

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year_____ Month____ Day____

・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年____月____日

・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year_____ Month____ Day____

サニーピア健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、サニーピア健康保険組合の職員又はサニーピア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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをサニーピア健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Sunny-Pier Health Insurance Association

I (patient who has received treatment) authorize Sunny-Pier Health Insurance Association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名は、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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____
(住所) _____
(日付) _____年____月____日

(患者との関係) : 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。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.