

海外療養費の申請について

世帯主氏名		電話番号	
受診者氏名		続柄	
受診年月日	年 月 日 (～ 年 月 日 日間)		
出入国日	出国： 年 月 日	入国： 年 月 日	
海外渡航の目的			
海外で診療を受けた理由			
この件で連絡する場合の連絡先（ご本人様以外の場合）			
氏名		電話番号	
住所			
調査に関わる同意書			
芦屋市長 宛			
<p>私（受診者）_____は、貴市の職員あるいは貴市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。</p>			
<p>【署名・押印欄】 (日付) 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(受診者氏名) _____ 印</p> <p style="text-align: right;">(住所) 芦屋市 _____ 町 _____ 番 _____ 号</p>			
※受診者本人が署名してください（未成年者、成年被後見人、本人が死亡している場合を除く）			
備考			
<input type="checkbox"/> FormA（傷病名等の記載漏れないか） <input type="checkbox"/> FormB（月毎） <input type="checkbox"/> 領収書（月毎） <input type="checkbox"/> パスポートの写し（治療期間） <input type="checkbox"/> 添付書類の和訳 <input type="checkbox"/> （委任状が必要な申請の場合）世帯主と受診者が異なる方でないか			