

海外療養費支給申請に係る確認書

渡航状況等の確認のため、渡航期間ごとに1枚ご記入ください。

渡航先国名		通貨 単位	
渡航期間	_____年_____月_____日 から _____年_____月_____日		
渡航の目的又は 滞在理由	※滞在の目的、滞在所等を具体的に記載		
対象疾病の日本 国内での治療歴	☐ あり（_____年_____月頃から） ☐ なし		
日本国内で療養を 受けられなかった 理由	※具体的に記載		

【確認事項】※内容をご確認の上、チェックを記入してください。

- ☐ 次に掲げるものに該当する療養については、療養費の支給対象となりません。
- ・ 海外で療養を受けたことがやむを得ないものと認められない場合
 - ・ 申請書及び添付書類(Form A)に記載のない疾病に対する治療及び投薬
 - ・ 日本国内で保険適用とならない治療
 - ・ 日本国内で未承認の医薬品の使用
 - ・ 日本国内における差額ベッド代に相当する入院室料
- ☐ 国内で同様の療養を受けた場合の費用又は同様の疾病に対する療養の標準的な費用を考慮して算定を行うため、海外で支払った額に対して著しく低額な支給額となる場合があります。
- ☐ 支給申請の受理は支給を確約するものではなく、書類審査の結果、不支給となる場合があります。

記入日：_____年_____月_____日

記入者 氏名：_____ 申請者との関係：_____

住所：_____