

海外療養費制度

(国民健康保険法の改正により2016年4月1日から)

国保に加入されている方が、海外渡航中に病院やケガで治療を受け、帰国後、必要書類を提出して認められると、療養費の支給として国内での保険給付相当分の払い戻しを受けることができます。

【支給される範囲】

1. 日本での保険適用分。(緊急な場合での受診。)

【支給されない範囲】

1. 保険のきかない診療、差額ベッド代。
2. 美容整形。
3. 高価な歯科材料や歯列矯正。
4. 治療を目的に海外へ行き治療を受けた場合。(心臓・肺等の臓器の移植・不妊治療。)
5. 交通事故やけんかなど第三者行為や不法行為に起因する病気・けが。
6. 現地の保険適用で受診した診療

【申請窓口】

1. 那覇市役所 国民健康保険課 862-4262 (給付担当 : 13番窓口)

※請求期限 治療費を支払った日の翌日から起算して2年間※

【申請および支給までの手順】

1. 国外に行く前に、市役所の窓口で「診療内容明細書」「領収明細書」の用紙を受け取るか、ホームページから印刷して国外に携帯してください。
2. 海外で疾病にかかった場合、治療費の全額を医療機関に支払い、領収書を受け取ります。「診療内容明細書」「領収明細書」を医師に記入してもらい、日本語へ翻訳してください。
なお、月をまたがって受診した場合、1ヵ月単位の入院・外来別で作成してもらってください。(用紙はコピーしてください。)
3. 帰国後、必要書類を持参し、海外療養費の申請をしてください。
4. 国保連合会と那覇市で内容審査を行い、日本国内で同様の治療をした場合にかかる保険診療の範囲内で「標準額」を算定、支給額を決定します。
5. 支給は、申請月から4か月から6か月後に口座へお振込みします。

【必要書類】 (注) 2、3、5の書類は、海外からもらってくる書類です。

1. 療養費支給申請書。(申請窓口で記載していただく書類です。)
2. 診療内容明細書：診療内容等がわかる医師の明細書。
3. 領収明細書：内訳がわかる領収書。
4. 診療内容明細書と領収明細書の日本語訳文。
(翻訳者の住所・氏名が記載され、押印されているもの。)
5. 海外の医療機関に全額治療費を支払った領収書。(原本)
6. 世帯主の預金通帳。※世帯主以外の口座を希望の場合は、委任状が必要な場合があります。
7. 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し。
8. 調査に関する同意書。(2枚)

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

- Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。

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 National Health Insurance (Please refer to the table attached to this form)

傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)

_____ (NO. _____)

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y _____
初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日

5. Type of Treatment

治療の分類

☐ Hospitalization : From _____ / _____ / _____, to _____ / _____ / _____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)

☐ Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____
入院外

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)
症状の概要 (詳しく記載してください)

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in detail)
処方、手術その他の処置の概要 (詳しく記載してください)

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? ☐ Yes ☐ No
治療は事故の傷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による

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ phone 電話 _____

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 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務局長へのお願ひ

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic
この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized receipt

領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	
(3) Fee for home visit	往診料	\$	
(4) Fee for hospital visit	入院管理費	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others(specify)その他 (項目明記)		\$	\$
(13) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name of Patient

患者名 Last 姓 First 名

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務局長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 : Signature 署名

Request to Attending physician (担当医へお願い)

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名してください。
- One form for each month and one for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
- Please specify material, for items marked ※. ※印の項目については材質も明記してください。

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別		☐ M 男	☐ F 女
Date of First Diagnosis 初診日		Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間					
Permanent Teeth (永久歯)				Baby Teeth(乳歯)			
R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8				R E D C B A A B C D E L E D C B A A B C D E			
Identify examined teeth(該当する部位を○で囲み病名をつける)							
• Cavity(C)(虫歯) • missing teeth(F)(欠歯) • stomatitis(G)(口内炎) • Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏) • extraction needed(Z)(要抜歯)							
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 診療				Comp.複合レジン 1. Serf			
2. X-ray レントゲン診断				2. Serf			
Bite-wings 咬翼型 ×				3. Serf			
Periapical 標準型 ×				※Other(Material)			
Panoramic パノラマ ×				その他 _____			
Models スタディモデル				※9. Inlay/Onlay(Material)			
3. Medication ☐ yes ☐ no 投薬				インレー/アンレー			
4. Prophylaxes 予防				10. Amal./Comp.Build-up			
Scaling 歯石除去				アマルガム・複合レジンによる支台築造			
Fluoride フッ化物塗布				Post c Core メタルコア			
5. Extraction 抜歯				※Other (Material)			
6. Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化				その他 _____			
Gingival Curettage 毛嚢搔爬				11. Crown 冠			
7. Pulp Cap 歯髄覆				Porcelain/Gold ポーセレン・金			
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				Silver alloy 銀合金			
Root Canal Therapy 根管治療 1canal 根管				※Other(material)			
2canal				その他 _____			
3canal				※12. Bridge Work ブリッジ			
8. Filling 充填				Abut (material)			
Amal.アマルガム 1. Serf 面				支台歯			
2. Serf				Pontic (material)			
3. Serf				ダミー			
				※13. Plate Denture (material)			
				有床義歯 _____			
				※14. Other(Material)			
				その他 _____			
				Total Fee 合計			

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

Date
日付Signature
署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。

Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance 国民健康保険用 国際疾病分類表

I Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症

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

II Neoplasms 新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物
- 0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物
- 0207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物

- 0208 Malignant lymphoma
悪性リンパ腫

- 0209 Leukemia
白血病

- 0210 Other malignant neoplasms
その他の悪性新生物

- 0211 Others
良性新生物及びその他の新生物

III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

- 0301 Anemia
貧血

- 0302 Others
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害

- 0402 Diabetes mellitus
糖尿病

- 0403 Others
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害

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

- 0502 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
精神作用物質使用による精神及び行動の障害

- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害

- 0504 Mood [affective] disorders
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）

- 0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

0506 Mental retardation
精神遅滞

0507 Others
その他の精神及び行動の障害

VI Diseases of the nervous system 神経系の疾患

0601 Parkinson's disease
パーキンソン病

0602 Alzheimer's disease
アルツハイマー病

0603 Epilepsy
てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system
自律神経系の障害

0606 Others
その他の神経系の疾患

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

0701 Conjunctivitis
結膜炎

0702 Cataract
白内障

0703 Disorders of refraction and accommodation
屈折及び調節の障害

0704 Others
その他の眼及び付属器の疾患

VIII Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa
外耳炎

0802 Other disorders of external ear
その他の外耳疾患

0803 Otitis media
中耳炎

0804 Other diseases of middle ear and mastoid
その他の中耳及び乳様突起の疾患

0805 Disorders of vestibular function
メニエール病

0806 Other diseases of inner ear
その他の内耳疾患

0807 Others
その他の耳疾患

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

0901 Hypertensive diseases
高血圧性疾患

0902 Ischaemic heart diseases
虚血性心疾患

0903 Other forms of heart disease
その他の心疾患

0904 Subarachnoid haemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral haemorrhage
脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries
脳梗塞

0907 Cerebral atherosclerosis
脳動脈硬化（症）

0908 Other cerebrovascular diseases
その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis
動脈硬化（症）

0910 Hemorrhoids
痔核

0911 Hypotension
低血圧症

0912 Others
その他の循環器系の疾患

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

1001 Acute nasopharyngitis [common cold]
急性鼻咽頭炎 [風邪]

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎

1003 Other acute upper respiratory infections
その他の急性上気道感染症

1004 Pneumonia
肺炎

1005 Acute bronchitis and bronchiolitis
急性気管支炎及び急性細気管支炎

1006	Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1202	Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹
1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎	1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患	X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患
1010	Asthma 喘息	1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害
1011	Others その他の呼吸器系の疾患	1302	Arthrosis 関節症
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）
1101	Dental caries う蝕	1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害
1102	Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患	1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群
1103	Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構	1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び坐骨神経痛
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	1308	Shoulder lesions 肩の障害
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	1310	Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
1108	Liver cirrhosis 肝硬変（アルコール性のものを除く）	X IV	Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患
1109	Other diseases of liver その他の肝疾患	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1402	Renal failure 腎不全
1111	Diseases of pancreas 膵疾患	1403	Urolithiasis 尿路結石症
1112	Others その他の消化器系の疾患	1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患
X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大（症）

- 1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性性器の疾患
- 1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害
- 1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性性器の疾患

XV Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

- 1501 Abortion
流産
- 1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠中毒症
- *1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩
- 1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

XVI Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

- 1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害
- 1602 Others
その他の周産期に発生した病態

XVII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

- 1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形
- 1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

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

- 1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
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

XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

- 1901 Fracture
骨折
- 1902 Intracranial injury and injury to organs
頭蓋内損傷及び内臓の損傷
- 1903 Burns and corrosions
熱傷及び腐食
- 1904 Poisoning
中毒
- 1905 Others
その他

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.

1503 番（＊印）は、国民健康保険の適用外です。

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____年____月____日

・被保険者

（被保険者名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____年____月____日

那覇市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市（区町村）の職員あるいは、貴市が委託（再々委託まで含む）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、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

署名欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者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。

（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。

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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。

Agreement of Authorization

• Starting date of medication Year_____ Month____ Day____

• Insured (Patient)

(Name of the insured) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year_____ Month____ Day____

To: NAHA City Office

I (patient who has received treatment),_____ and my head of house hold, _____ authorize the City Office or its staff, and its subcontractors, including sub-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.

Signature

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.

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____ Month____ Day____

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

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

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.

调查同意书

• 治疗开始日期 _____年____月____日

• 被保险者（患者） Insured (Patient)

（被保险者姓名 Name of the insured） _____

（住址 Address） _____

（出生日期 Date of birth） _____年____月____日

致：那霸市 政府相关部门

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方（含再委托及再再委托）为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

签名栏

须由接受治疗的被保险人本人签字。以下（ ）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字。

（姓名） _____

（住址） _____

（日期） _____年____月____日

（与患者关系） _____：患者本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [_____]

※ 本同意书从签名起 6 个月内有效。

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

조사동의서

· 치료개시일 _____년____월____일

· 피보험자(환자) :

(피보험자) _____

(주소) _____

(출생년월일) _____년____월____일

나하 시구읍면 귀중:

본인(요양을 받은자) _____및 저의 세대주_____는 시구읍면직원 혹은 그와
관련된

업무위탁업체(재위탁포함)가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일,요양
장소,요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터
정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위확인에 여권사본이 필요한 경우 시구읍면에 여권을 제시하는데 동의합니다.

서명

치료를 받는 피보험자본인이 서명,날인을 하여야 합니다.아래()의 경우,친권자(미성년
자)혹은 성년후견인(피성년후견인)혹은 법정상속자(사망)의 서명이 필요합니다.

(성명): _____

(주소): _____

(날짜): _____년____월____일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타()

*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다

그 외에 만약 국가,지역,의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성할것을 요청할
경우, 작성하셔야 할수도 있습니다.

หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ

- วันเริ่มรับการรักษา วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____
- ผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย)
(ชื่อผู้เอาประกันภัย) _____
(ที่อยู่) _____
(วันเดือนปีเกิด) วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

เรียน ที่ทำการเมือง นะอะ
ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) _____ และ
หัวหน้าครอบครัวของข้าพเจ้า _____
ขอยินยอมให้ _____ พนักงานของที่ทำกรเมืองของท่าน _____ หรือ
ซึ่งได้รับมอบหมายจากที่ทำกรเมือง โดยดำเนินการสอบถามผู้ที่ให้การรักษา
และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง(รวมถึงการมอบ
หมายต่อช่วง) _____ จากข้อมูลเอกสารคำร้องที่ยื่นมา
เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอคำรักษาพยาบาล
ในต่างประเทศ เช่น _____ วันเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
สถานที่และรายละเอียดของการรักษาพยาบาล
และในกรณีที่จำเป็นต้องใช้สำเนาหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้าง
ต้น ก็จะยินยอมส่งมอบหนังสือเดินทางให้แก่เมือง

การลงนาม

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนามและ
อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ _____ ผู้ปกครอง
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) _____ ผู้ปกครองผู้ใหญ่
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง)
ทายาทโดยธรรม _____ (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)
จะเป็นผู้ลงนามและประทับตรา

(ลายมือชื่อ) _____
(ที่อยู่) _____
(วันที่) วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____
(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง • ผู้ปกครอง •
ทายาทโดยธรรม • อื่นๆ

※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร
เช่น _____ หนังสือยินยอม _____ หรือ _____ หนังสือมอบอำนาจ
เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด