海外療養費申請に係る確認書

お手数ではございますが　パスポート（診療を受けた方の出入国がわかるもの）の提示及び海外渡航に係る事実確認のため次の項目をご記入ください。

渡航国名	
渡航期間	（　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日 ～ ＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日） （　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日 ～ ＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日） （　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日 ～ ＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日）
渡航目的または 滞在理由	1.　旅行 2.　その他（　　）

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

記入者　　１．　申請者と同じ

2.　その他　　住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職員記入欄

渡航期間 を確認したもの	1.　パスポート　（コピー　有　・　無　） 「無」の場合　（職員による確認　　有　・　無　） 2.　その他（　　）