

【日本語版】

調査に関わる同意書

・ 治療開始日 _____年__月__日

・ 被保険者（患者）

（被保険者名） _____

（住 所） _____

（生年月日） _____年__月__日

〇〇市(町村) 御中

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

署名・押印欄

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、押印して下さい。

（氏名） _____印

（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。