

調査にかかわる同意書

・治療開始日 _____年_____月 _____日（西暦）

・患者氏名 _____

・生年月日 _____年_____月_____日（西暦）

・住 所 _____

経済団体健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、 _____ は貴健康保険組合の職員あるいは、貴健康保険組合が委託（再委託まで含む）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、療養行為を行ったものに照会を行い、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、パスポートを貴健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名欄

署名は、治療を受けた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。

患者氏名 _____

住 所 _____

日付(西暦) _____年 _____月 _____日

患者との関係 本人・ 親権者・ 法定相続人・その他 [_____]

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は、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

※本同意書の有効期限は署名日から2年間です。