

## 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

\_\_\_\_\_市(区町村) 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(区町村)が委託した事業者である株式会社損害保険リサーチ、北京扶桑管理諮詢有限責任公司、株式会社国際事務センター、及びゴーウェル株式会社が、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(区町村)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。

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。