

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year _____ Month ____ Day ____

・ 患者
(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年____月____日

・ Patient
(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____ Month ____ Day ____

御中

私 (療養を受けた者)、 _____と、私の世帯主、 _____は、
の職員又は _____が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実 (療養行為を行なった日時、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、療養行為を行な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<保険者名>に提示することも併せて同意します。

To:

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize _____ or its staff, and its 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.