

調査に係る同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日年月日 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

_____ 市 御中

私(療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は_____市の職員又は_____市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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを_____市に提示することも併せて同意します。

To: _____ city

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