

## 調査に関わる同意書（海外療養費）

・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・ 被保険者（療養受けた者）

（氏名） \_\_\_\_\_

（住所） 阿波市 \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

阿波市 御中

私（療養を受けた者）\_\_\_\_\_と、私の世帯主 \_\_\_\_\_は、貴市あるいは、貴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なため、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

---

### 署名欄

署名は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。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）が署名してください。

（氏名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（日付） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

（患者との関係）

本人 ・ 世帯主 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。