

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

新宿区御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴区の職員あるいは、貴区が委託（再々委託まで含む）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、パスポートを貴区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・押印し、併せて証明書類をご提出下さい。

（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1年間です。

Agreement of Authorization

• Starting date of medication Year _____ Month ____ Day ____

• Insured (Patient)

(Name of the insured) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month ____ Day ____

To: Shinjuku City

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City Office or its staff, and City Office Subcontractors (including sub-subcontractors) to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claims 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 to City Office in order to confirm the information written above.

.....

Signature

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult(insured person is adult ward), heir(insured person is dead) shall sign one's signature and submit with related documents.

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month ____ Day ____

(Relation to the insured): Self · Guardian · Heir · Other []

※ This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.