

海外療養費 調査に関わる同意書

・ 治療開始日 _____年__月__日

・ 被保険者（療養を受けた者）

（氏名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____年__月__日

文京区 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、海外療養費申請書類（添付書類を含む）の提供等によって、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、療養内容等）を確認するため、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しコピーを取ること、かつ、パスポートのコピーを貴区が委託（再々委託まで含む）した事業者にも併せて提供することも併せて同意します。

署名欄

署名は、被保険者（療養を受けた者）が行ってください。なお被保険者（療養を受けた者）が、未成年の場合は親権者、成年被後見人の場合は成年後見人、死亡している場合は法定相続人が署名し、併せて被保険者（療養を受けた者）との関係のわかる証明書類をご提出下さい。また、被保険者（療養を受けた者）と世帯主が異なる場合、世帯主の署名も併せて行ってください。

（氏名） _____

（住所） _____

（日付） _____年__月__日

（被保険者との関係）： 本人 ・ 親権者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他〔 _____ 〕

（世帯主） _____ （日付） _____年__月__日

※ 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。