

海外療養費調査に関わる同意書

被保険者証番号 _____

療養を受けた被保険者（患者）氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

常滑市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主_____は、貴市の職員あるいは、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、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

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6ヶ月間です。

※署名・押印は治療を受けた被保険者が行って下さい。なお治療を受けた被保険者が未成年者・成年被後見人・死亡している場合は下記に定める者が署名・押印して下さい。

未成年の場合…親権者

成年被後見人の場合…成年後見人

死亡している場合…法定相続人