

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局 御中

To Kanagawa Old-Old Adults Medical Care Wide Area Union Office

私（療養を受けた者）と私の世帯主は、貴市（区町村）の職員あるいは、貴市（区町村）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。

I (patient who has received treatment) and my head of house hold authorize the City (Municipality) Office 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.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

署名・押印欄
Signature

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

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.

①日付 (Date) _____年 (Year) ____月 (Month) ____日 (Day)

②患者 (Patient) _____ (*署名者と同一の場合は省略可)

(* This is not compulsory to be filled in if the patient is the one who will sign the document)

③氏名 (Signature) _____印

④住所 (Address) _____

⑤生年月日 (Date of birth) _____年 (Year) ____月 (Month) ____日 (Day)

⑥患者との関係(Relation to the insured)

: 本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other) [_____]