

調査に関わる同意書

治療開始日 令和・西暦____年____月____日

患者（被保険者）氏名_____

生年月日 昭和・平成・令和____年____月____日

自宅住所 _____

電話番号 _____ () _____

埼玉県医師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の(准)組合員、_____は、埼玉県医師国民健康保険組合（以下、貴組合）の職員あるいは、貴組合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、パスポートを貴組合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、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印してください。

(氏名) _____ ㊟

(住所) _____

(日付) 令和____年____月____日

(患者との関係) 本人・親権者・成年後見人・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。