

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

Agreement of Authorization

・治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

・患者
(患者名) _____
(住 所) _____
(生年月日) _____年____月____日

・ Patient
(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

東京文具工業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、東京文具工業健康保険組合や、その職員、又は東京文具工業健康保険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。

To Tokyo Bungukogyo Health insurance association (東京文具工業健康保険組合)

I (patient who has received treatment) authorize Tokyo Bungukogyo Health insurance association 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.

署名年月日: _____年____月____日

・治療期間 _____年____月____日 ~ _____年____月____日

● 療養を受けた者の（患者）の署名欄

患者氏名: _____印
住所（国名から）: _____
生年月日: _____年____月____日

● 被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

氏名: _____印
住所: _____
生年月日: _____年____月____日

患者との関係: 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

※成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合

※本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。