

**調査に関わる同意書**  
**Agreement of Authorization**

- ・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日
- ・ 被保険者（患者）  
（被保険者名） \_\_\_\_\_  
（住所） \_\_\_\_\_  
（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

野木町 御中

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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市（区町村）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。

(氏名) \_\_\_\_\_印  
(住所) \_\_\_\_\_  
(日付) \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

(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ヵ月間です。