

調査に関する同意書（海外療養費） Agreement of Authorization

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

・被保険者（療養を受けた者）【Insured (Patient)】

氏名【Name of the insured】 _____

住所【Address】 _____

生年月日【Date of birth】 Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

東京土建国民健康保険組合 御中

To: Tokyodoken National Health Insurance Association

私（療養を受けた者）、_____と、私の組合員、_____は、貴国民健康保険組合の職員あるいは、貴国民健康保険組合が委託（再々委託まで含む）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、パスポートを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

I (patient who has received treatment), _____ and my union member, _____ authorize the National Health Insurance Association Office or its staff, and its subcontractors (including sub-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.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport to the National Health Insurance Association Office in order to confirm the information written above.

署名欄 Signature

署名は、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）が署名し、併せて証明書類をご提出ください。

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 and submit with related documents.

氏名【Signature】 _____

住所【Address】 _____

日付【Date】 Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

療養を受けた者との関係【Relation to the insured】 いずれかに○をしてください。

本人 親権者 成年後見人 法定相続人 その他〔 〕
Oneself Guardian Guardian of adult Heir Other

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.