

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

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

・被保険者(患者) Insured (Patient)

(被保険者名 Name of the insured) _____

(住所 Address) _____

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

滋賀県後期高齢者医療広域連合 御中

私(療養を受けた者) _____は、滋賀県後期高齢者医療広域連合の職員又は、滋賀県後期高齢者医療広域連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: Shiga Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens
I (patient who has received treatment) authorize the Shiga Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens 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.

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、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 of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名 Signature) _____

(住所 Address) _____

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

(患者との関係 Relation to the insured)

本人 Self ・ 後見人 Guardian of adult ・ 法定相続人 Heir
その他 Other []