調査に関わる同意書（海外療養費）

・治療開始日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

・被保険者（療養を受けた者）
（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

大分県後期高齢者医療広域連合　御中

私（療養を受けた者）＿＿＿＿＿＿＿＿は、広域連合あるいは、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。
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、パスポートを広域連合に提示することも併せて同意します。

署名欄

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。
なお、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相続人が署名して下さい。

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）大分県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（日付）＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

（患者との関係）
本人　・　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。