

調査に関わる同意書

(治療開始日) 年 月 日

(患者氏名)

(生年月日) 年 月 日

(自宅住所)

東京都弁護士国民健康保険組合 御中

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。

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、併せて証明書類をご提出下さい。

(患者または親権者等
氏名)

(自宅住所)

(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1年間です。