調査に関わる同意書(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(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

岸和田市長 宛

私(療養を受けた者)＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の世帯主＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

は、岸和田市の職員あるいは、岸和田市が委託した事業者が、海外療養費または海外出産に係る出産育児一時金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、上記確認に必要な資料として、岸和田市へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mayor of Kishiwada City

I (patient who has received treatment),＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿and my head of house hold, ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿authorize the Kishiwada City 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 or maternity services in order to verify by submitting the related application forms.

Also, for the confirmation mentioned above I agree to show Kishiwada City Office my passport and submit a photocopy of my passport.

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、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。

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.

(氏名 Signature)＿＿＿＿＿＿＿＿印

(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 ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other〔 〕