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（療養受けた者）
（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）　栃木県大田原市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

大田原市　御中

私（療養を受けた者）＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の世帯主　＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴市あるいは、貴市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、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（住所）　栃木県大田原市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（日付）＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

（患者との関係）
本人　・　世帯主　・　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。