

調査にかかわる同意書
(Agreement of Authorization)

• 被保険者（患者）

(被保険者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

• Insured (Patient)

(Name of the insured) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、尼崎市の職員及び尼崎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、療養内容等）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。

I(Patient who received the treatment): _____, and my head of the household: _____, agree to authorize the Amagasaki City Office's staff and its subcontractors to refer and obtain any factual information related to an overseas medical treatment benefit claim document(Such as date, place, record, and other information about the medical treatment)from the medical organization in order to verify the submitted document.

署名欄

(Signature)

署名は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。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）が署名してください。

If you agree the above condition fill out the underline information. Signature must be done by the patient who received the treatment. However, in the following case, guardian(if patient is under 20 year old), guardian of adult (if patient is adult ward), heir at law(if patient is dead) shall write the signature.

住所 (Address)

署名 (Signature)

日付 (Date) 年 (Year) 月 (Month) 日 (Day)

患者との関係 (Relation with the patient) :

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()
(oneself) (guardian) (heir) (other ())