申請内容について療養を行った医療機関に照会を行うケースが発生した場合の同意書です。 \* 黄色でマークした箇所に、治療を受けた方がご記入・ご捺印ください。

## <u>調査に関わる同意書</u> Agreement of Authorization

・治療開始日 <mark>○</mark> _年_ <u>○</u> _月 <u>○</u> _日
• Starting date of medication Year Month Day
<ul><li>患者</li></ul>
(患者名) <mark>〇〇 〇〇〇</mark>
(住所) <mark>△△△△△△△△△△△△△</mark>
(生年月日) <mark>□□</mark> 年 □ 月 □ 日
• Patient
(Name of patient)
(Address)
(Date of birth) Year Month Day

デサント健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、<u>OOOO</u>」は、デサント健康保険組合又はデサント健康保険組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となる場合には、パスポートをデサント健康保険組合に提示することも併せて同意します。

## To:

I (patient who has received treatment) authorize 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 in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

## 署名•押印欄

## **Signature**

署名・押印は、治療を受けた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) OO OOO 即   (住所) ΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔΔ	捺印ください。
(日付) □□ 年 □ 月 □ 日	該当箇所を○で囲んでください。
(患者との関係) :本人 ・ 親権者 ・ 法定材 ※ 本同意書の有効期限は署名日から 6 ヵ月間です。	
(Signature)	
(Address)	
(Date) Year Month Day (Relation to the insured) : Self • Guardian • F	Heir • Other
This agreement of authorization expires six m	onth after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類 に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.