

調査に関わる同意書〈海外療養費〉

・治療開始日年月日 年 月 日

・被保険者（患者）

（氏名） _____

（住所） _____

（生年月日） 年 月 日

善通寺市長様

私（療養を受けた者）と、私の世帯主は、善通寺市の職員又は善通寺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となるため、パスポートを善通寺市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、押印してください。

（氏名） _____ 印

（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6ヵ月間です。

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。