

## 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

・治療開始日 年 月 日

・海外で療養をうけた者（被保険者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日 \_\_\_\_\_

私（海外で療養を受けた者）と、私の世帯主\_\_\_\_\_は、加東市の職員又は加東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場合には、パスポートを加東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、治療を受けた被保険者本人、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）又は法定相続人（本人が死亡している場合）が行ってください。

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

海外で療養を受けた者との関係 : 本人 ・ 親権者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人  
その他 ( )

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いただくことがあります。

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。