

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） 大分市 _____

（生年月日） _____年____月____日

大分市長 殿

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

印

（住所） 大分市 _____

（日付） _____年____月____日

字
挿
入
字
抹
消

（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。