

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・被保険者（患者） Insured(Patient)

(被保険者名 Name of the insured) _____

(住所 Address) _____

(生年月日 Date of birth) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

・治療開始日 Starting date of treatment Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

長沼町あて

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴町の職員あるいは、貴町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（パスポートのコピー含む）の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に関する情報の提供を受けることに同意します。

To: The Town of Naganuma

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, authorize The Town of Naganuma 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 for verification purposes. I will submit the related application forms (including a photocopy of my passport).

署名・押印欄 Signature

署名・押印は、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、押印して下さい。

The insured person who has received treatment must sign their signature. However, in the following cases, a guardian (insured person is under age) , guardian of an adult(insured person is an adult ward), or heir (insured person is dead) shall sign their signature.

(氏名Signature) _____ 印

(住所Address) _____

(日付Date) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他 [_____]

(Relation to the insured): Self • Guardian • Heir • Other [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

※This agreement of authorization expires one year after the signed date.