

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

1 治療開始日 年 月 日

1 Starting date of medication Year_____Month____Day____

2 被保険者（患者）

（住所）

（被保険者名）

（生年月日） 年 月 日

2 Insured (Patient)

(Address) _____

(Name of the insured) _____

(Date of birth) Year_____Month____Day____

佐世保市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、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、貴市（貴市が行った外部委託等を含む。）が、療養行為を行った者に照会がなされる場合があることに同意します。

To: SaseboCity (Municipality) Office

I (a patient who has received treatment), _____ and the head of my household, _____ agree that the municipal office and its subcontractors should refer to those having treated me(the patient) in order to verify the facts mentioned in the overseas medical treatment benefit claims : date, place and contents of treatment.

（日付） 年 月 日

（住所）

（氏名） 印

（患者との関係） : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

（Date） Year_____ Month____ Day____

（Address） _____

（Signature） _____

（Relation to the insured） : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※署名・押印は、治療を受けた被保険者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。

The signature should be written exclusively by the insured who has received treatment.

However,

if the insured is under age, the signature can be written by his(her) guardian instead.

if the insured is adult ward, it can be written by his(her) guardian of adult instead.

if the insured has heir already dead, it can be written by his(her) heir instead.