

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 (患者)

(被保険者名) _____

(住 所) _____

(生年月日) _____年 _____月 _____日

吉見町長 様

私 (療養を受けた者) _____と、私の世帯主_____
は、吉見町の職員又は、吉見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、上記確認に必要な資料として、吉見町にパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

_____年 _____月 _____日

氏 名 _____

住 所 _____

患者との関係 : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※署名は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。

※本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名してください。