

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

_____（被保険者）および_____（療養を受けた者）は、全国健康保険協会_____支部が以下の_____（療養を受けた者）の海外療養費支給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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を全国健康保険協会_____支部に提示することも併せて同意します。

記

署名日：_____年 月 日

・療養期間：_____年 月 日～_____年 月 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名：_____印

住所（国名から）：_____

生年月日：_____年 月 日

●被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

氏名：_____印

住所：_____

生年月日：_____年 月 日

患者との関係： 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・
その他（ _____ ）

※成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合

*本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。