

海外療養費に関わる同意書

- ・ 治療開始日 年 月 日
- ・ 被保険者（患者）
氏 名 _____
住 所 三郷町 _____
生年月日 年 月 日

三郷町 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主_____は、三郷町の職員あるいは、三郷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、上記確認にあたり、三郷町にパスポートを提示すること、および、パスポートの写しを提供することも併せて同意します。

_____ 年 月 日

（住 所） 三郷町 _____

（氏 名） _____

（患者との関係）： 本人・成年後見人・法定相続人・その他〔 〕

※署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。

※本人が成年被後見人の場合は、成年後見人が署名して下さい。

※本人が死亡している場合は、法定相続人が署名して下さい。