

調査に関わる同意書

被保険者（患者）

被保険者名 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

治療開始日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

茂原市 御中

私（療養を受けた者）_____と、私の世帯主_____は、貴市の職員あるいは、貴市が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者等に照会を行い、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。

（署名欄）

日付 令和 ____ 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。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）が署名してください。