調査に関わる同意書

・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

糸田町　御中
私（療養を受けた者）、　　と、私の世帯主、＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴町の職員あるいは、貴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、パスポートを貴市町村に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

　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。

（日付）　　年　　月　　日
（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（患者との関係）　　：本人　・　親権者　・　法定相続人　・　その他〔　　〕

※本同意書の有効期限は署名日から６ヵ月間です。