

調査に係わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____ 年 月 日

・ Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

・ 患者

 (患者名) _____

 (住所) _____

 (生年月日) _____

・ Patient

 (Name of patient) _____

 (Address) _____

 (Date of birth) _____

磐田市 御中

私(療養を受けた者)、_____と私の世帯主、_____は、
磐田市の職員が、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を受けることに同意します。

To: Iwata city office

I(patient who has received treatment), _____ and my head of household, _____ authorize iwata city office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

《署名・押印欄》

《Singnature》

(氏名) _____ ㊟

(住所) _____

(日付) _____年 _____月 _____日

(患者との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

(Singnature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____Month_____Day_____

(Relation to patient) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※署名・押印は治療を受けた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、押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (when insured person is under age), guardian of adult (when insured person is adult ward), heir (when insured person is dead) shall sign one's signature.