

調査に関わる同意書（海外療養費）

Agreement of Authorization (Deductions of Medical Expenses Overseas)

- ・ 治療開始日 Starting date of the treatment this month Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日
- ・ 受診日 Dates of medical consultation for the treatment this month) _____
- ・ 被保険者（患者） The insured (person who has received the treatment)
 (被保険者名 Name of the insured) _____
 (住所 Address) _____

 (生年月日 Date of birth) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

岡山市 宛

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____ は、岡山市の職員あるいは、岡山市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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

To: Okayama City (Municipality) Office

I (person who has received the treatment), _____, and the head of my household, _____ authorize the officials and/or the subcontractors of Okayama City (Municipality) Office to refer and obtain any and all factual information such as date, place, and records of the treatment and information from the medical organization regarding the claim(s) of deductions for medical expenses received in a foreign country filed or to be filed in order to verify the claim(s) by referring the officially given information. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along the verification process above.

署名欄 Signature

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。

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

(氏名 Signature) _____

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

(患者との関係) 本人 親権者 法定相続人 その他[]

(Relation to the insured) Self / Guardian / Heir / Other[]

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Besides, we might ask you to fill out the designated documents if countries, regions, and/or medical institutions require the agreement of authorization or the authorization letter.

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.