

## (海外療養費) 調査に関する同意書 Agreement of Authorization

・ 治療開始日 Starting date of medication Year\_\_\_\_\_年 Month\_\_\_月 Day\_\_\_日

・ 被保険者 (患者) Insured(Patient)

(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

・ 受診履歴 Consultation process

(発症場所 Onset location)\_\_\_\_\_

(発症理由 Reason for the onset) \_\_\_\_\_

(症状 Symptom) \_\_\_\_\_

(その医療機関を選択した理由 Why did you choose the medical institution)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

千葉県後期高齢者医療広域連合 宛

私(療養を受けた者)、\_\_\_\_\_は、千葉県後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、千葉県後期高齢者医療広域連合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。

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

To: Chiba Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens

I (patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ authorize the Chiba Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens 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.

Also, photocopy of this Agreement of Authorization document will be considered effective and valid same as original.

### 署名 ・ 押印欄 Signature

(氏名 Signature) \_\_\_\_\_印

(住所 Address)

(日付 Date)Year\_\_\_\_\_年 Month\_\_\_月 Day\_\_\_日

(患者との関係) : 本人 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 [ ]

(Relation to the insured) : oneself ・ guardian of adult ・ heir ・ other [ ]

署名・押印は、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、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 of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.