

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

曙ブレーキ工業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）_____と、被保険者_____は、貴健康保険組合の職員あるいは、貴健康保険組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、療養内容等）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、当該当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であるため、パスポートを貴健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名日： _____年 _____月 _____日

記号_____ 番号_____

・療養期間： _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名： _____ ⑩ **※必ず本人が記載すること**

住所： _____

生年月日： _____年 _____月 _____日

●被保険者署名欄

被保険者名： _____ ⑩ **※必ず本人が記載すること**

住所： _____

生年月日： _____年 _____月 _____日

患者との関係（続柄）：