

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

大阪府後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、貴後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、貴後期高齢者医療広域連合が委託した（再々委託まで含む）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、パスポートを貴後期高齢者医療広域連合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、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）が署名または記名押印して下さい。

（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〔 _____ 〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。