

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

柏市 宛て

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市の職員あるいは、貴市が委託した事業者である株式会社損害保険リサーチ、北京扶桑管理諮詢有限責任公司、株式会社国際事務センター、及びゴーウェル株式会社が、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。

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、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、押印して下さい。

（氏名） _____印

（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。

Agreement of Authorization

• Starting date of medication Year_____ Month____ Day____

• Insured (Patient)

(Name of the insured) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year_____ Month____ Day____

To:kashiwa City Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors, which are Songaihoken Research Co.,Ltd., Beijing Fusang Administration and Consultation Co., Ltd., International Documentation Center Co., Ltd., and Gowell Co.,Ltd. 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, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

Signature

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

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____ Month____ Day____

(Relation to the insured) : Self • Guardian • Heir • Other

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