

調査に関する同意書

Agreement of Authorization

日本語、英語いずれの欄もご記入願います。英語欄につきましては、日本語欄の相当する部分と同じ内容をローマ字でご記入ください。

・ 治療開始日 2015 年 7 月 4 日
・ Starting date of medication Year 2015 Month 7 Day 4

日本語、英語両方の欄を記入してください

・ 被保険者（患者）

（被保険者名） 大山 一男

（住所） 東京都渋谷区恵比寿1-1-1

（生年月日） 1991 年 5 月 20 日

・ Insured (Patient)

（Name of the insured） OYAMA KAZUO

（Address） TOKYO SHIBUYA EBISU 1-1-1

（Date of birth） Year 1991 Month 5 Day 20

英語欄はローマ字で記入してください

※療養を受けた者が組合員の場合は
□の中は記入不要ですので
二重線で抹消してください

全国土木建築国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、大山 一男 と、私の組合員、大山 昇 は、貴国民健康保険組合あるいは、貴国民健康保険組合が委託（再々委託まで含む）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なため、当該写しを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

同じ名前を記入してください

同じ名前を記入してください

To: National Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), OYAMA KAZUO and society member, OYAMA NOBORU authorize National Health Insurance Society and National Health Insurance Society's subcontractors (including sub-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, I agree to submit a photocopy of my passport to National Health Insurance Society in order to confirm the information written above.

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。

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.

(氏名) 大山一男 印 ←----- 押印して下さい
※パスポートの署名と同じものを記入して下さい。

(住所) 東京都渋谷区恵比寿1-1-1

(日付) 2015年8月15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1年間です。

Signature

(Signature) OYAMA KAZUO

(Address) TOKYO SHIBUYA EBISU 1-1-1

(Date) Year 2015 Month 8 Day 15

(Relation to the insured) Self・Guardian・Heir・Other

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

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.