

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・ Starting date of medication Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_

・ 患者

(患者名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・ Patient

(Name of patient) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date of birth) Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_

鈴与健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、鈴与健康保険組合又は鈴与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、パスポートを鈴与健康保険組合に提示します。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

TO: Suzuyo Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Suzuyo Health Insurance Society 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, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.