

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____年____月____日

・被保険者（患者）

(被保険者氏名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____年_____月_____日

東京都後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、東京都後期高齢者医療広域連合及び東京都後期高齢者医療広域連合が委託（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。

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、押印し、併せて証明書類をご提出下さい。

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) 年 月 日

(患者との関係) : 本人 ・ 法定相続人 ・ その他 []