

## 調査に関する同意書

- ・治療開始日 \_\_\_\_\_ **令和2**年\_\_**4**月\_\_**1**日
- ・被保険者（患者）  
（被保険者名） **神石 太郎**
- （住所） **神石郡神石高原町〇〇123番地**
- （生年月日） \_\_\_\_\_ **昭和〇〇**年\_\_**1**月\_\_**1**日

神石高原町 御中

私（療養を受けた者）、**神石 太郎**と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、神石高原町の職員あるいは、神石高原町が委託（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、パスポートを神石高原町に提示することも併せて同意します。

なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

## 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ください。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、併せて証明書類をご提出ください。

- （氏名） **神石 太郎**
- （住所） **神石郡神石高原町〇〇123番地**
- （日付） \_\_\_\_\_ **令和2**年\_\_**6**月\_\_**1**日
- （患者との関係） : **本人**・親権者・法定相続人・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

必ず押印してください。  
（認めても可）