

調査に関する同意書

- ・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

神石高原町 御中

私（療養を受けた者）、_____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） _____^①

（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 [_____]