

調査に関わる同意書

和歌山県後期高齢者医療広域連合 御中

私(療養を受けた者) _____ は、和歌山県後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、和歌山県後期高齢者医療広域連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)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、上記確認に必要な資料として、和歌山県後期高齢者医療広域連合へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することを同意します。

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、押印して下さい。

(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 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。