

## 調査に関わる同意書（海外療養費）

東京芸能人国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）\_\_\_\_\_と、組合員\_\_\_\_\_は、貴国民健康保険組合の職員あるいは、貴国民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であるため、パスポートを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

治療開始日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

被保険者（療養を受けた者）

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

### 署名欄

署名は、療養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）が署名し、併せて証明書類をご提出ください。

日付 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。