海外療養費に関する調査に係る同意書

療養を受けた私、　　　　　　　　　と、私の世帯主　　　　　　　　は、佐用町の職員あるいは佐用町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となるため、パスポートを提示することも同意します。

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

住 所 :

氏 名 : ㊞

生年月日： 年 　 月 　　 日

日 付 : 年 　 月 　　 日

患者との関係 ： 本人 ・ 後見人 ・ 法定相続人 ・ その他( )

※ 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、本人が成年被後見人である場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印してください。