**調査に関わる同意書**

治療開始日　令　和　　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名

自宅住所

生年月日　　昭・平・令　　　年　　　　月　　　　日

酒フーズ健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、　　　　　　　は、貴健康保険組合の職員あるいは、貴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）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、貴健康保険組合へパスポートの写しを提供することに同意します。

**署 名 欄**

被保険者氏名

自宅住所

日付　　　　　　令 和　　　年　　　　月　　　　日

患者との関係　　　本人・被扶養者・その他（　　　　　　　）

* 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。