

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。