

## 調査に関わる同意書(海外療養費)

### Agreement of Authorization

※医療機関照会の際に参考とするため、現地の言葉（不明な場合は英語）でご記入ください。

※下線すべてについてご記入ください。

・ 治療開始日 (Starting date of medication) \_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Day)

・ 被保険者 (患者) Insured (Patient)

被保険者名 (Name of insured) \_\_\_\_\_

住所 (Address) \_\_\_\_\_

生年月日 (Date of birth) \_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Day)

#### 立川市長宛

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、立川市の職員又は立川市および立川市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。

また上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを立川市に提示することも併せて同意します。

To; Mayor of Tachikawa City Office

I (patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of house hold, \_\_\_\_\_ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

#### 署名・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた被保険者が行って下さい。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、押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 (Signature) \_\_\_\_\_ 印

住所 (Address) \_\_\_\_\_

日付 (Date) \_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Day)

患者との関係 (Relation to the insured)

本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other) [ \_\_\_\_\_ ]

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.