調査に関わる同意書 (Agreement of Authorization)

・治療開始日(S・患者(Patient)	starting date of medication)	Year年	Month月 Day	_目
	me)			
	ess)		_	
	Data of birth) Year 年	Month 月 I		
(土十/1 H D	rata of bit till)	// // // // // // // // // // // // //)ay	
渡辺パイプ健康係	录 除組合 御中			
	と者)、は、渡辺]パイプ健康保険約	A合の職員又は渡辺パイン	プ健康保険組
	 業者が、海外療養費申請書類にあ			
確認するため、申	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	う照会に対す
	受けることに同意します。			
また、上記確認は	こあたり、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<保障	険者名>に提
示することも併せ	とて同意します。			
	be Health Insurance Society			
_	as received treatment) authorize			
	ractors to refer and obtain any			
	nt benefit claim(s) filed or to be ds and information from the med			
related applicati		iicai organiization	. In order to verify by su	ommang me
	submit a photocopy of my passpo	rt if it is necessar	ry along verification pro	ocess written
above.	asimi a photocopy of my passpo		.y along vermeation pro	ACCES WITHOUT
	署名・押印]欄 (Signature)	_	
	治療を受けた本人が行って下さい 人が成年被後見人の場合)、法定相			
=	who has received treatment shal	l sign ong's signa	ture However in the fe	llowing caso
	ed person is under age), guar			
	is dead) shall sign one's signatur		sureu person is addit	ward), nen
(inclined person)	is dodd, siidii sigii viio s sigiidod	- 0.		
(氏名 Signatu	<u> </u>	fī		
(住所 Address	s)			<u>-</u>
(日付 Date)	Year年 Month月	Day ∃		
(患者との関係	Relation to the insured)			
	: 本人 Self ・ 親権者 Guardian ・		・・その他 Other 〔]
	効期限は署名日から6ヵ月間です			
This agreement	ent of authorization expires 6 m	onth after the sig	gned date.	
かお、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	こ必要事項を
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1 V . O. C. C. 11. 7 2		~~ ~ ~ ~ ~ ~

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.

記載頂くことがあります。

記入例

調査に関わる同意書 (Agreement of Authorization)

・治療開始日(Starting date of medication) Year <u>2014</u>年 Month <u>7</u>月 Day <u>1</u>日

・患者 (Patient)

(患者名 Name) <u>健保 花子</u>

(住所 Address) 東京都 \bigcirc \bigcirc 区 \triangle \triangle 1-1-3

(生年月日 Data of birth) Year 1975 年 Month 10 月 Day 10 日

渡辺パイプ健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、<u>健保 花子</u> は、渡辺パイプ健康保険組合の職員又は渡辺パイプ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<保険者名>に提示することも併せて同意します。

To: Watanabepipe Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Watanabepipe Health Insurance Society 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、治療を受けた本人が行って下さい。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、押印して下 さい。

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

(氏名 Signature) 健保 花子

(日付

Date)

(住所 Address) 東京都 \bigcirc 区 \triangle \triangle 1-1-3

Year 2014 年 Month 7月 Day20日

(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 []

- ※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。
- * This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

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.