

## 調査に関わる同意書（海外療養費）

・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

・ 被保険者（患者）

（被保険者名） \_\_\_\_\_

（住 所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

京都料理飲食業国民健康保険組合 宛

私（療養を受けた者） \_\_\_\_\_と、私の世帯主 \_\_\_\_\_は、  
京都料理飲食業国民健康保険組合の職員あるいは、委託した事業者が、海外療養費支給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、京都料理飲食業国民健康保険組合へパスポート等を提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

### 署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者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）、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。

（氏名） \_\_\_\_\_ (印)

（住所） \_\_\_\_\_

（日付） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

（患者との関係）

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]