

調査に関わる同意書（海外療養費）

記入例

・治療開始日 ○○○○年○○月○○日

・被保険者（患者）

（被保険者名） 料飲 花子

（住所） ○○市○○区○○町○○番地

（生年月日） ○○○○年○○月○○日

療養を受けた者の治療開始日を記入

療養を受けた者の氏名・住所・生年月日を記入

療養を受けた者の氏名を記入

世帯主の氏名を記入

京都料理飲食業国民健康保険組合 宛

私（療養を受けた者） 料飲 花子 と、私の世帯主 料飲 太郎 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） 料飲 花子

（住所） ○○市○○区○○町○○番地

（日付） ○○○○年 ○○月○○日

（患者との関係）

本人 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

療養を受けた者の氏名・住所・日付を記入、押印
※自署の場合は押印不要

患者との関係に、○印をする