調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

・治療開始日________ 年______ 月______ 日

・Starting date of medication Year_________ Month______ Day______

・患者

（患者名）____

（住所）____

（生年月日） __________ 年______ 月______ 日

・Patient

（Name of patient）____

（Address）____

（Date of birth） Year__________ Month______ Day______

日本交通健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、__________________は、日本交通健康保険組合の職員又は日本交通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: Nihon Kotsu Kenko Hoken Kumiai

I (patient who has received treatment) authorize Nihon Kotsu Kenko Hoken Kumiai 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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 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〔　　　　　　　　　〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から６ヵ月間です。

（Signature）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Date）Year＿＿＿＿ Month＿＿＿ Day＿＿＿

(Relation to the insured)：Self ・Guardian ・ Heir ・ Other

※ 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.