調査に関わる同意書(海外療養費)

Agreement of Authorization

. 地/D 除 本 / 电 本	ting date of inculcation	n Year			
	f) Insured (Patient)				
(被保険者名 N	lame of the insured) $_$				
(住所 Address)				
(生年月日 Dat	e of birth) Year	年 Month	月 Day	目	
東久留米市長 3	·····································				
	けた者)		と、私の世界	帯 主	
	iの職員あるいは、〕				
	〈療養行為を行った				
	て、療養行為を行				
	ことに同意します。			,	3 7 0 113 12
	認に必要な資料とし		ちへパスポー	トを提示する	とともに、
	供することに同意				
To: Mayor of Hig	gashikurume City				
	nas received treatm	ent),		and n	ny head of
	ocontractors to refer				
	al treatment benefi				
	, and any treatment			_	
	y by submitting the r				J
	, , .			hikurumo City	
	nfirmation mentioned	above i agree i	to show Higas	HINGI GILLE OILY	Office my
Also, for the co	nfirmation mentioned bmit a photocopy of		to show Higas	ilikurume Oity	Office my
Also, for the co	nfirmation mentioned bmit a photocopy of		to show Higas	ilikurume Oity	Office my
Also, for the co	bmit a photocopy of				Office my
Also, for the colpassport and su assport and su assport and su	bmit a photocopy of <u>署名</u> 治療を受けた被保険者	my passport. ・押印欄 Signation 本人が行って下さ	nature らい。なお次の ^り	場合は、親権者	*************************************
Also, for the colpassport and su massport and su	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年	my passport. ・押印欄 Signation 本人が行って下さ	nature らい。なお次の ^り	場合は、親権者	*************************************
Also, for the colpassport and su massport and su 署名・押印は、決 成年の場合)、成会 が署名、押印して	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)	nature らい。なお次のり 、法定相続人(場合は、親権者 (本人が死亡し	************************************
Also, for the colpassport and su 署名・押印は、 成年の場合)、成な が署名、押印して Insured person wh guardian (insured)	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年 下さい。 o has received treatments	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)。 ent shall sign one's guardian of adult (n ature らい。なお次のり 、法定相続人(s signature. How	場合は、親権者 本人が死亡し /ever, in the fo	〔本人が未 ている場合〕 llowing case,
Also, for the colpassport and su 署名・押印は、 成年の場合)、成な が署名、押印して Insured person wh guardian (insured)	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年 下さい。 o has received treatme	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)。 ent shall sign one's guardian of adult (n ature らい。なお次のり 、法定相続人(s signature. How	場合は、親権者 本人が死亡し /ever, in the fo	〔本人が未 ている場合〕 llowing case,
Also, for the colpassport and su 署名・押印は、 成年の場合)、成な が署名、押印して Insured person wh guardian (insured person is dead) sh	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年 でさい。 o has received treatme person is under age), g all sign one's signature.	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)。 ent shall sign one's guardian of adult (n ature らい。なお次のり 、法定相続人(s signature. How	場合は、親権者 本人が死亡し /ever, in the fo	〔本人が未 ている場合〕 llowing case,
Also, for the colpassport and su 署名・押印は、対 成年の場合)、成立が署名、押印して lnsured person wh guardian (insured person is dead) sh	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年 下さい。 o has received treatments	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)。 ent shall sign one's guardian of adult (n ature らい。なお次のり 、法定相続人(s signature. How	場合は、親権者 本人が死亡し /ever, in the fo	〔本人が未 ている場合〕 llowing case,
Also, for the colpassport and su 署名・押印は、 成年の場合)、成立 が署名、押印して Insured person wh guardian (insured person is dead) sh (氏名 Signature) (住所 Address)	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年 でさい。 o has received treatme person is under age), g all sign one's signature.	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)。 ent shall sign one's guardian of adult (nature らい。なお次のは 、法定相続人(s signature. How insured person	場合は、親権者 本人が死亡し /ever, in the fo	〔本人が未 ている場合〕 llowing case,
Also, for the colpassport and su 署名・押印は、 成年の場合)、成会 が署名、押印して Insured person wh guardian (insured person is dead) sh (氏名 Signature) (住所 Address) (日付 Date)	bmit a photocopy of 署名 治療を受けた被保険者 年後見人(本人が成年 でさい。 o has received treatme person is under age), g all sign one's signature.	my passport. ・押印欄 Sigg 本人が行って下さ 被後見人の場合)。 ent shall sign one's guardian of adult (nature らい。なお次のは 、法定相続人(s signature. How insured person	場合は、親権者 本人が死亡し /ever, in the fo	〔本人が未 ている場合〕 llowing case,

(海外療養費)調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

·治療開始日 Starting date of med ·被保険者(患者)Insured(Patient (被保険者名 Name of the insur) red)			B
(住所 Address)			_	
(生年月日 Date of birth) Year	年 Mont	h月 Day	目	
·受診経緯 Consultation process				
(発症場所 Onset location)				
(発症理由 Reason for the onset)				
(症 状 Symptom)	1:1 1	.1 1. 1.)	
(その医療機関を選択した理由 Wh	y did you choos	se the medical ins	stitution)	
東久留米市 宛				
^{東久留不印 宛} 私(療養を受けた者)、	と、私の:	世帯主、	H	は、東久留米市の
職員あるいは、東久留米市が委託し				
時、場所、療養内容)を確認するため				
当該者から照会に対する情報の提供				
また、上記確認に必要な資料として			るとともに、そのコ	コピーを提供する
ことに同意します。				
To: Higashikurume City Office				
I (patient who has received treat	ment),		and my head	d of house hold,
authorize the Higashikurume Ci				
any and all factual information r				
or to be filed including date of the	e treatment, pla	ice, and any treat	tment records a	nd information
from the medical organization in	order to verify	by submitting th	e related applic	cation forms.
Also, for the confirmation ment				
passport and submit a photocopy				
	署名•押印欄	Signature		
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	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 印してください。	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
Insured person who has receive	ved treatment	shall sign one's	signature. He	owever, in the
following case, guardian (insure	d person is un	der age), guardia	an of adult (ins	sured person is
adult ward), heir (insured persor	ı is dead) shall	sign one's signati	ure.	
(# # Q)		r _n		
(氏名 Signature)				
(住所 Address)	пъ	н		
(日付 Date) Year年 Month			7 011.0	,
(患者との関係) : 本				J
(Relation to the insured) :Sel	lf • Guardia	n • Heir	· Other [J

[※] 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 six month after the signed date.