

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____年 _____月 _____日

・患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____年 _____月 _____日

府中町 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、府中町の職員又は、府中町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。

署名欄

署名は、治療を受けた本人が行ってください。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）が署名してください。

(氏名) _____

(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 [_____]

なお、国や地域、医療機関からの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。