

海外療養費支給申請に伴う調査に関わる同意書

熊本県市町村職員共済組合 御中

下記のとおり、私（療養を受けた者）は、熊本県市町村職員共済組合の職員又は熊本県市町村職員共済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、パスポートを熊本県市町村職員共済組合に提示することも併せて同意します。

記

【署名日】 年 月 日

【療養期間】 年 月 日 ～ 年 月 日

【療養を受けた者（患者）の署名欄】

（患者名）： _____

（住所）： _____

（生年月日）： 年 月 日

【組合員の署名欄】

（所属所名）： _____

（組合員等記号番号）： _____

（氏名）： _____

（住所）： _____

（生年月日）： 年 月 日

（患者との関係）： 本人 ・ 被扶養者等〔続柄 _____〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

※ 署名は、治療を受けた本人が行ってください。

なお、本人が乳幼児等で自署できない場合は、親権者が署名してください。

※ 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いただくことがあります。