海外療養費に関わる同意書

・治療開始日　　　　　　　　　年　　　月　　　日

・被保険者（患者）

氏　　名

住　　所　　飛騨市

　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

飛騨市 御中

私（療養を受けた者）、　　　　　　　　 は、飛騨市の職員あるいは、飛騨市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、飛騨市にパスポートを提示すること、および、パスポートの写しを提供することも併せて同意します。

　　　　　年　　　月　　　日

（住 所）　飛騨市

（氏 名）

（患者との関係）： 本人・成年後見人・法定相続人・その他〔　　　　 〕

※署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。

※本人が成年被後見人の場合は、成年後見人が署名して下さい。

※本人が死亡している場合は、法定相続人が署名して下さい。