

**調査に関わる同意書**  
**Agreement of Authorization**

・ 治療開始日 Starting date of treatment Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

<被保険者（患者）Insured (Patient)>

・ 被保険者名 Name of the insured \_\_\_\_\_

・ 住所 Address \_\_\_\_\_

・ 生年月日 Date of birth Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

毛呂山町長 あて

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、毛呂山町の職員あるいは毛呂山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。

また、上記確認に必要な資料として、毛呂山町へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mayor of Moroyama Town

I (the patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of household, \_\_\_\_\_ authorize the Moroyama Town Office or its staff and its subcontractors to refer to, obtain, and verify any 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 by submitting the related application forms.

Also, for the confirmation mentioned above I agree to show Moroyama Town Office my passport and submit a photocopy of my passport.

**署名欄 (Signature)**

署名は、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）が署名して下さい。

The insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, the guardian (if the insured person is under age), the guardian of adult (if the insured person is an adult ward, the heir (if the insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名 Signature) \_\_\_\_\_

(住所 Address) \_\_\_\_\_

(日付 Date) Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

(患者との関係 Relation to the insured)

本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other) [ \_\_\_\_\_ ]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

※This agreement of authorization expires six months after the date signed.