

調査に関わる同意書（海外療養費）

・治療開始日 _____年____月____日

・被保険者（療養受けた者）
（氏名） _____

（住所） 宮代町 _____

（生年月日） _____年____月____日

宮代町長 御中

私（療養を受けた者） _____と、私の世帯主 _____は、宮代町
あるいは、宮代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、上記確認にあたり旅券のコピーが必要となる場合には、旅券を宮代町に提示するこ
とも併せて同意します。

署名・押印欄

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、押印して下さい。

（氏名） _____印

（住所） 宮代町 _____

（日付） _____年____月____日

（患者との関係）

本人 ・ 世帯主 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から 1 年間です。