調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日　　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
・Starting date of medication　　Year ＿＿＿＿＿ Month＿＿＿ Day＿＿＿
・患者
（患者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（生年月日）＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日
・Patient
（Name of patient）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（Date of birth）　Year＿＿＿＿＿ Month＿＿＿＿＿ Day＿＿＿＿＿

ダイキン工業健康保険組合 御中
私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿は、ダイキン工業健康保険組合の職員又はダイキン工業健康保険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。

To: Daikin Industries Health Insurance Society
I (patient who has received treatment), ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ authorize Daikin Industries Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all 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 in order to verify by submitting the related application forms.

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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall signature
.
（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〔　　〕
※ 本同意書の有効期限は署名日から6 ヵ月間です。

（Signature）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（Date）　Year＿＿＿＿＿＿ Month＿＿＿＿＿ Day＿＿＿＿＿
(Relation to the insured) : Self ・Guardian・Heir ・ Other
※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.