

同意書

平成 年 月 日

新日鐵住金健康保険組合 御中

私は、貴職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は、パスポートを貴職に提示することも併せて同意します。

<署名・押印欄>

(患者氏名) _____ (印) ※自ら署名した場合の押印は不要

(患者の住所) _____

(患者の生年月日) _____

(署名・押印者) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他

※該当する関係者に○をつけてください

以上

- (注) 1. 同意書の署名・押印は、海外で療養を受けた者（患者）が行ってください。
なお、海外で療養を受けた者（患者）が未成年の場合は親権者、成年被後見人の場合は成年後見人、死亡した場合は法定相続人が署名・押印して下さい。
2. 本同意書の有効期限は、署名日から6ヶ月間です。