

プリマハム健康保険組合
常務理事 殿

調査に関わる同意書

私(療養を受けた者)、_____は、プリマハム健康保険組合の職員又はプリマハム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ない、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、上記にあたりパスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをプリマハム健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名は、治療を受けた方が行ってください。下記の場合、()内の方が署名してください。

- ①治療を受けた方が未成年の場合(親権者)
- ②治療を受けた方が成年被後見人の場合(成年後見人)
- ③治療を受けた方がお亡くなりになっている場合(法定相続人)

※なお、本同意書の有効期限は署名の日から6ヶ月です。

申請者本人の署名	
署名日	令和 年 月 日
治療開始日	令和 年 月 日
患者(治療を受けた方)	
氏名	
生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
住所	

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

治療を受けた方以外にご記入いただいた場合		
☐ ①親権者	氏名	
☐ ②成年後見人	生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
☐ ③法定相続人	住所	

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項をご記入いただくことがあります。