

(海外療養費) 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 Starting date of medication 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
- ・ 受診経緯 Consultation process _____
 - (発症場所 Onset location) _____
 - (発症理由 Reason for the onset) _____
 - (症状 Symptom) _____
 - (その医療機関を選択した理由 Why did you choose the medical institution) _____

日油健康保険組合 宛

私(療養を受けた者)、_____ (と、被保険者、_____) は、日油健康保険組合の職員あるいは、日油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。また、上記確認に必要な資料として、日油健康保険組合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。なお、海外出向者およびその帯同家族については、事業主の証明により渡航を証明いたします。

To: Nichiyu Health insurance association

I (patient who has received treatment), _____ (and insured, _____) authorize the Nichiyu Health insurance association 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.

Also, for the confirmation mentioned above I agree to show Nichiyu Health insurance association my passport and submit a photocopy of my passport.

The business owner would certificate that the overseas resident employees and their family are living overseas.

事業主証明欄 Proof of business owner

署名・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた方と被保険者の両方が行ってください。なお次の場合は、被保険者(患者が未成年の場合)、法定相続人(被保険者が死亡している場合)のみ署名、押印して下さい。

The patient who has received treatment and insured person shall both sign one's signature. However, in the following case, insured person (patient is under age), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名 Signature) _____ 印

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year ___ 年 Month ___ 月 Day ___ 日

(氏名 Signature) _____ 印

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year ___ 年 Month ___ 月 Day ___ 日

(患者との関係) : 被保険者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

(Relation to the patient) : Insured person ・ Heir ・ 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 signed date.

パスポート写し貼付欄