

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 ____

・ 被保険者（患者）
（被保険者名） _____
（住所） _____
（生年月日） _____年__月__日

・ Insured (Patient)
（Name of the insured） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year _____ Month ____ Day ____

久留米市(区町村) 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市（区町村）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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

To: kurume City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office 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, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄

署名は、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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's 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 sign one's 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

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____ Month____ Day____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization
调查同意书

- ・ 治療開始日 _____年____月____日
- ・ Starting date of medication Year_____ Month____ Day____
- ・ 治疗开始日期 _____年____月____日

- ・ 被保険者（患者）
（被保険者名） _____
（住所） _____
（生年月日） _____年____月____日

- ・ Insured (Patient)
（Name of the insured） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year_____ Month____ Day____

- ・ 被保険者（患者） Insured (Patient)
（被保険者姓名 Name of the insured） _____
（住址 Address） _____
（出生日期 Date of birth） _____年____月____日

久留米市(区町村) 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市（区町村）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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

To: City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office 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, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

致： 市（区、街道、村）政府相关部门

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

署名欄

署名は、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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's 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 sign one's signature.

須由接受治疗的被保険人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

(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

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

签名・盖章栏

(姓名) _____ 盖章
(住址) _____
(日期) _____年____月____日
(与患者关系) : 患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他 [_____]

※ 本同意书从签名起6个月内有效。

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization
조사동의서

- ・ 治療開始日 _____年____月____日
- ・ Starting date of medication Year _____ Month ____ Day ____
- ・ 치료개시일 _____년____월____일

- ・ 被保険者 (患者)
(被保険者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年____月____日

- ・ Insured (Patient)
(Name of the insured) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____ Month ____ Day ____

- ・ 피보험자(환자):
(피보험자) _____
(주소) _____
(출생년월일) _____년____월____일

久留米市(区町村) 御中

私 (療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市 (区町村) 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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市 (区町村) に提示することも併せて同意します。

To: kurume City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office 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, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

시구읍면 귀중:

본인 (요양을 받은자) _____와 저의 세대주 _____는 시구읍면 직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 시구읍면에 여권을 제시하는데 동의합니다.

署名欄

署名は、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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's 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 sign one's signature.

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(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

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year_____ Month____ Day____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

서명. 날인

(성명): _____인
(주소): _____
(날짜): _____년 _____월 _____일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)

*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다