

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

被保険者（ ）および療養を受けた者（ ）は、三井健康保険組合が以下の療養を受けた者（ ）の海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を三井健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日 年 月 日

療養期間 年 月 日 から 年 月 日

療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名 _____ ㊞

住所（国名から） _____

生年月日 年 月 日 _____

なお、次の場合は

- ・被保険者（療養を受けた者（患者）が未成年の場合
ただし療養を受けた者（患者）が未成年の被保険者である場合は除く）
- ・成年後見人（療養を受けた者（患者）が成年被後見人の場合）
- ・法定相続人（療養を受けた者（患者）が死亡している場合）

が署名、押印してください。

氏名 _____

住所 _____

生年月日 年 月 日 _____

療養を受けた者（患者）との関係 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人

・その他（ _____ ）

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月です。

※年月日は元号でご記入ください。

※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記載いただくことがあります。

以上