

**記入例**

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

被保険者（ ○ 井 ○ 郎 ）および療養を受けた者（ ○ 井 ○ 郎 ）は、三井健康保険組合が以下の療養を受けた者（ ○ 井 ○ 郎 ）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 令和3年 11月 10日

療養期間 令和3年 11月 1日 から 令和3年 11月 3日

療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名 ○ 井 ○ 郎

住所（国名から） ○○○○○○ △△△△△ □□□□□ 1-2-3

生年月日 昭和 57年 8月 10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。

※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