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＿＿

枚方市　御中
私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の世帯主、＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴市の職員あるいは、貴市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、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

To: Hirakata City Office
I (patient who has received treatment),＿＿＿＿＿＿＿＿ and my head of house hold, ＿＿＿＿＿＿＿＿ authorize the City 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.