

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

・ 治療開始日（Starting date of medication） Year 年 Month 月 Day 日

・ 患者氏名（Name of patient） _____

八千代市 御中

私（療養を受けた者）と、その世帯主は、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。

To Mayor of Yachiyo City

I (patient who has received treatment) and the head of my household hereby authorize the Yachiyo City Office and its officials, or 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 from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名・押印欄
Signature

日付（Date） Year _____ 年 Month ____ 月 Day ____ 日

住所（Address） 八千代市 _____

氏名（Signature） _____ 印

・ 署名した者として該当するものを選択してください。

Select the one that applies for signer

患者（Patient） ・ 世帯主（Head of my house hold） ・ その他（Other） []

※下線すべてについてご記入ください。

Please fill in all underlined part.