

## 調査に関する同意書

長野県医師国民健康保険組合 御中

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

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ ④

住所：

被保険者が未成年等の場合、被保険者との関係：

親権者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。ただし、被保険者が未成年者等の場合は、親権者等が署名、押印して下さい。