

## 海外療養費の調査に関わる同意書

徳島市長 殿

私(療養を受けた者) \_\_\_\_\_ と、私の世帯主 \_\_\_\_\_ は、徳島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、確認に必要な資料として、徳島市へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することにも同意します。

・療養を受けた被保険者

被保険者証番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 徳島市 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

治療開始日 年 月 日

---

### 署名・押印欄

署名・押印は、療養を受けた本人が行ってください。なお、本人が未成年の場合は親権者が、本人が成年被後見人の場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印してください。

氏名 \_\_\_\_\_ ①

住所 \_\_\_\_\_

記入日 令和 年 月 日

(患者との関係)

本人 親権者 法定相続人 その他 [ \_\_\_\_\_ ]