調査に係る同意書

私（療養を受けた者）【　　】と、私の世帯主【　　】は、八幡市の職員あるいは八幡市が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（診療行為を行った日時、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を受けることに同意します。
なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

※国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状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。

署名欄

署名は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。なお、次の場合は親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

住所

氏名

生年月日

患者との関係

本人　　親権者　　法定相続人　　その他＿＿＿＿＿＿