

Agreement of Authorization

調査に関わる同意書

・ Starting date of medication:治療開始日 Year:年_____ Month:月_____ Day:日_____

・ Insured (Patient) :被保険者 (患者)

(Name of the insured:被保険者名) _____

(Address:住所) _____

(Date of birth:生年月日) Year:年_____ Month:月_____ Day:日_____

To: Mayor of Ikoma City

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the Ikoma 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, for the confirmation mentioned above I agree to show Ikoma City Office my passport and submit a photocopy of my passport.

(上記記)

生駒市長 宛

私(療養を受けた者)、上記記名者と、私の世帯主、上記記名者は、生駒市の職員あるいは、生駒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、上記確認に必要な資料として、生駒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同意します。

Signature:署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。なお、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(Signature:氏名) _____ 印

(Address:住所) _____

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

(Relation to the insured:患者との関係)

Self:本人 ・ Guardian:親権者 ・ Heir:法定相続人 ・ Other:その他 [_____]