

海外療養費に関する調査に係る同意書
(Agreement of Authorization about treatment in overseas)

療養を受けた私は、伊丹市及び伊丹市が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を受けた日時、場所、療養内容等）を確認するため、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。

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (Patient who received the treatment) agree to authorize the Itami City Office and its subcontractors to refer and obtain any factual information related to an overseas medical treatment such as date, place, record, and other information about the medical treatment from the medical organization in order to verify the submitted document.

Also, photocopy of this Agreement of Authorization document will be considered effective and valid same as original.

住所 _____
(Address)

氏名 _____ 印
(Signature)

日 付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date) (Year) (Month) (Day)

患者との関係： 本人 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 ()
(Relation with the patient) (oneself) (guardian of adult) (heir) (other)

* 署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。

なお、本人が成年被後見人である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。

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