

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

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

・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

青森県後期高齢者医療広域連合 御中

私は、青森県後期高齢者医療広域連合の職員又は青森県後期高齢者医療広域連合長が委託した事業者が、この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)を確認するため、申請書類の提供等によって、診療行為を行ったものに照会を行い、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、パスポートを青森県後期高齢者医療広域連合に提示することも併せて同意します。

To: Aomori prefecture Wide-Area Association of Healthcare for Later-Stage Elderly Persons

I authorize Aomori prefecture Wide-Area Association of Healthcare for Later-Stage Elderly Persons or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claims 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, I agree to submit a photocopy of _____ ('s) passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印してください。

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

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) _____年_____月_____日

(患者との関係): 本人 ・ 相続人 ・ その他 ()

※ 本同意書の有効期限は署名日から本海外療養費申請書に係る支給決定日までです。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____Month_____Day_____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires from the signed date until the grant decision date according to the application.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。

Also, we might ask you fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.