

**調査に係わる同意書**  
**Agreement of Authorization**

・ 治療開始日 令和 5 年 2 月 8 日 ~ 令和 5 年 2 月 25 日

・ Starting date of medication Year 2023 Month 2 Day 8 ~  
Year 2023 Month 2 Day 25

・ 被保険者（患者）

（被保険者名） 東食 花子

（住所） 東京都台東区寿4-15-7

（生年月日） S・H・R 40 年 4 月 1 日

・ Insured (Patient)

（Name of the insured） HANAKO TOSHOKU

（Address） 4-15-7 KOTOBUKI TAITOU-KU TOKYO

（Date of birth） Year 1965 Month 4 Day 1

東京食品販売国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、東食 花子と、私の組合員、東食 太郎は、貴国民健康保険組合の職員あるいは、貴国民健康保険組合が委託（再々委託分まで含む）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、パスポートを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Tokyo Food Sales National Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), HANAKO TOSHOKU and society member, TARO TOSHOKU authorize National Health Insurance Society or its staff, and National Health Insurance Society's (including sub - 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, I agree to submit a photocopy of my passport to National Health Insurance Society in order to confirm the information written above.

## 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、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.

(氏名) 東食 花子 印

(住所) 東京都台東区寿4-15-7

(日付) 令和 5 年 3 月 1 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

## Signature

(Signature) HANAKO TOSHOKU

(Address) 4-15-7 KOTOBUKI TAITOU-KU TOKYO

(Date) Year 1965 Month 4 Day 1

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

※ This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.

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頂くことがあります。

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