

別記様式（第2条第5号）

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

習志野市 御中

私（療養を受けた者）と、私の世帯主は、習志野市の職員あるいは、習志野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。

To: Narashino City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), and my head of house hold authorize the City (Municipality) 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.

署名・押印欄 (Signature)

被保険者氏名 (Name of the insured) _____ 印

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

世帯主氏名 (Name of the head of house hold) _____ 印

住所 (Address) _____

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