**調査に関わる同意書**

・治療開始日　　　　　　年　　月　　日

・被保険者（患者）

（被保険者名）

　（住所）

（生年月日）　　　　年　　月　　日

山口市　御中

私（療養を受けた者）、　　　　　　　　と、私の世帯主、＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴市の職員あるいは、貴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、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

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ください。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、押印してください。

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

（住所）

（日付）　　　　年　　月　　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６ヵ月間です。