

調査に関わる同意書

福井県後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者） _____ は、福井県後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、福井県後期高齢者医療広域連合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、上記確認に必要な資料として、福井県後期高齢者医療広域連合へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することを同意します。

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）、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。

（氏名） _____ 印

（住所） _____

（日付） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者との関係） : 本人 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。