

海外療養費の調査に関わる同意書

徳島市長 殿

私（療養を受けた者）_____と、私の世帯主_____は、徳島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、確認に必要な資料として、徳島市へ海外に渡航した事実が確認できる書類を提示するとともに、そのコピーを提供することにも同意します。

・療養を受けた被保険者

氏 名 _____

住 所 徳島市 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日

治療開始日 _____ 年 月 日

署名・押印欄

署名・押印は、療養を受けた本人が行ってください。なお、本人が未成年の場合は親権者が、本人が成年被後見人の場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印してください。

氏 名 _____ (印)

住 所 _____

記入日 令和 年 月 日

(患者との関係)

本人 親権者 法定相続人 その他 [_____]

徳島市処理欄

被保険者番号