

田村市国民健康保険療養費申請(海外療養費)に伴う調査に関わる同意書

治療開始日 平成 年 月 日

被保険者(療養を受けた者)

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日

田村市 御中

私(療養を受けた者)\_\_\_\_\_と、私の世帯主\_\_\_\_\_は、田村市  
あるいは、田村市が委託(再々委託まで含む)した事業者が、海外において受けた療養  
にかかる国民健康保険療養費支給申請書類にある事実(療養行為が行われた日時、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、田村市へ旅券(パスポート)を提示するとともに、  
その写しを提供することも併せて同意します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

日付(同意日) 平成 年 月 日

被保険者(療養を受けた者)と同意者との関係

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※署名・押印は、療養を受けた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。

※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頂戴いただくことがあります。