

## 調査に関する同意書（海外療養費）

・治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

・被保険者（療養を受けた者）  
(氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

大分県後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）\_\_\_\_\_は、広域連合あるいは、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、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要なため、パスポートを広域連合に提示することも併せて同意します。

---

### 署名欄

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。

なお、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は相続人が署名して下さい。

(氏名) \_\_\_\_\_

(住所) 大分県 \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(患者との関係)

本人 • 成年後見人 • 法定相続人 • その他〔 〕

本同意書の有効期限は署名日から1年間です。