

調査に関する同意書

Agreement of

・治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
・Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

・患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

・Patient

(Name of patient) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

木津川市御中

私(療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は、
木津川市の職員又は木津川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
木津川市に提示することも併せて同意します。

To:Kizugawa city

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house
hold, _____ authorize Kizugawa city or its staff, and its subcontractors
to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical
treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place,
and any treatment records and information from the medical organization in order
to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along
verification process written above.