

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____年____月____日

・被保険者（患者）

（被保険者名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____年____月____日

（電話番号）（ _____ ） - _____ -

全国歯科医師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、全国歯科医師国民健康保険組合の職員あるいは、全国歯科医師国民健康保険組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となる場合には、パスポートを全国歯科医師国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

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、本人が未成年の場合は親権者、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法定相続人が署名、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 ・ 親権者 ・ 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6ヵ月間です。