調査に関わる同意書

フジパングループ健康保険組合　御中

私(療養を受けた者)　　は、フジパングループ健康保険組合の職員又はフジパングループ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、申請書類の提出等によって、療養行為を行った者に紹介を行い、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、パスポートをフジパングループ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

・治療開始日　　年　　月　　日

・患者
　患者名
　住所
　生年月日　　年　　月　　日

・患者との関係　：　本人　・　親権者　・　法定相続人　・その他【　　】

年　　月　　日

住所

氏名　　㊞

注1.　署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。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、押印して下さい。
注2.　本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。
注3.　なお、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記載頂くことがあります。