

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 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_____

通信機器産業健康保険組合 宛

私（療養を受けた者）_____は、通信機器産業健康保険組合の職員
あるいは、通信機器産業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、上記確認に必要な資料として、通信機器産業健康保険組合へパスポートを提示す
るとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To : TSUUSHINKIKISANGYOU health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize TSUUSHINKIKISANGYOU health
insurance society 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, for the confirmation mentioned above I agree to show TSUUSHINKIKISANGYOU health
insurance society my passport and submit a photocopy of my passport.

署名・押印欄
Signature

署名・押印は、治療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）が署名してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____ 印
(住所) _____
(日付) _____年____月____日
(患者との関係) 本人・親権者・法定相続人・その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から3か月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year_____ Month_____ Day_____
(Relation to the insured) Self・Guardian・Heir・Other [_____]

※ This agreement of authorization expires three month after the signed date.

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.