

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

\_\_\_\_\_ (被保険者) および \_\_\_\_\_ (療養を受けた者) は、  
全日本理美容健康保険組合が以下の \_\_\_\_\_ (療養を受けた者) の海外療養費  
支給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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を全  
日本理美容健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・療養期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●療養を受けた者 (患者) の署名欄

患者氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所 (国名から)： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●被保険者 (成年後見人・法定相続人) 署名欄

氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者との関係： 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

※成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合

\*本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。