**調査に関わる同意書（海外療養費）**

・治療開始日　　　　　　年　　　月　　　日

・被保険者（療養受けた者）

（氏名）

　（住所）　東京都稲城市

（生年月日）　　　　年　　　月　　　日

稲城市　御中

私（療養を受けた者）　　　　　　　　と、私の世帯主　　　　　　　　　は、貴市あるいは、貴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なため、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（住所）　東京都稲城市

（日付）　　　　年　　　月　　　日

（患者との関係）

　　本人 ・ 世帯主　・　法定相続人 ・ その他〔　　　　　　〕

* 本同意書の有効期限は署名日から１年間です。