**調査に関わる同意書**

・治療開始日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

・被保険者（患者）

（被保険者氏名）

（住　　　　所）

（生年月日）　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

むつ市　御中

私（治療を受けた者）、　　　　　　　　　　と、私の世帯主、　　　　　　　　　　は貴市の職員あるいは、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となる場合には、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**

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。

（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６ヶ月間です。