

調査に関わる同意書（海外療養費）

・ 渡航期間 _____年 _____月 ~ _____年 _____月

・ 被保険者（療養を受けた者）

（氏名） _____

（住所） 高知市 _____

（生年月日） _____年 _____月 _____日

高知市 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

署名・押印は、治療を受けた被保険者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、押印して下さい。

（氏名） _____印

（住所） 高知市 _____

（日付） _____年 _____月 _____日

（患者との関係）

本人 ・ 世帯主 ・ 法定相続人 ・ その他（ _____ ）