

調査に係る同意書（海外療養費）
Agreement of Authorization

私（療養を受けた者） _____ と、私の世帯主 _____ は、京都市の職員あるいは、京都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。
なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (patient who has received treatment) _____ and my head of household _____ authorize the Kyoto City Office and its staff, or 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, photocopy of this Agreement of Authorization document will be considered as effective and valid as the original.

署名欄

(signature)

署名は、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）が署名して下さい。

The insured person who has received treatment shall sign their signature. However, in the following cases, a guardian (insured person is under age), a guardian of adult (insured person is adult ward), or an heir (insured person is deceased) shall sign their signature instead.

住 所 _____
(Address)

氏 名 _____
(Signature)

日 付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date) (Year) (Month) (Day)

(患者との関係) : 本人 ・ 後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]
(Relation to the insured) (oneself) (guardian of adult) (heir) (other)