

海外の医療機関等に療養内容等の照会を行うことに関する同意書

近畿日本ツーリスト健康保険組合 御中

- 健康保険証の記号・番号 記号 _____ 番号 _____
- 海外療養を受けた者の
氏名および生年月日 氏名 _____
昭・平・令 年 月 日 生まれ
- 海外療養を開始した日 平・令 年 月 日

私(海外療養を受けた者)は、近畿日本ツーリスト健康保険組合の職員または、当健康保険組合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、現地で療養行為を行った者や機関に対し照会を行い、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、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合は、所定の書類に必要事項を記載する必要があること、また、その他、追加で必要となる書類が生じた場合には、当健康保険組合からの求めに応じ提出することも併せて同意します。

以下の署名は、海外療養を受けた本人が行ってください。

- ※ 海外療養を受けた本人が未成年である場合は、親権者が署名してください。
また、療養を受けた本人が被後見人である場合は、成年後見人が、本人が死亡している場合は、法定相続人が署名してください。

(署名) _____

(住所) _____

(日付) 令和 年 月 日

(海外療養を受けた本人との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人