

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

_____（被保険者）および_____（療養を受けた者）は、成田国際空港健康保険組合が以下の_____（療養を受けた者）の海外療養費支給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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を成田国際空港健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日：____年____月____日

・療養期間：____年____月____日～____年____月____日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患 者 氏 名：_____

住所（国名から）：_____

生 年 月 日：____年____月____日

●被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

氏 名：_____

住 所：_____

生年月日：____年____月____日

患者との関係：本人・被扶養者・成年後見人・法定相続人・その他（_____）

※成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合

*本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。