

海外療養費支給申請に係る調査に関わる同意書

- ・ 治療開始日 _____年 _____月 _____日

- ・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____年 _____月 _____日

仙台市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、仙台市の職員又は仙台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、パスポートを仙台市に提示することも併せて同意します。

署名欄

治療を受けた本人が署名するか、または記名の上で押印してください。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（または記名の上で押印）してください。

(氏名) _____

(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 []

※ 下線部全てについて記入してください。

なお、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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。