

## 海外療養費に関する調査に係る同意書

(Agreement of Authorization about treatment in overseas)

療養を受けた私は、栃木県後期高齢者医療広域連合及び栃木県後期高齢者医療広域連合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にあった事実（療養行為を受けた日時、場所、療養内容等）を確認するため、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 received the treatment) agree to authorize Tochigi Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens and its subcontractors to refer and obtain any factual information related to an overseas medical treatment (such as date, place, record, and other information about the medical treatment) from the medical organization in order to verify the submitted document.

Also, photocopy of this Agreement of Authorization document will be considered effective and valid same as original.

住 所 Address	
氏 名 Signature	印
日 付 Date	Year_____年 Month_____月 Day_____日
患者との関係 Relation to the insured	本人 Self ・ 成年後見人 Guardian of adult ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other ( )

※ 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。

本人が成年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、押印してください。

Note: Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.