

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

私（療養を受けた人） _____ と、私の世帯主 _____ は、宇土市あるいは宇土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、上記確認に必要な書類として、宇土市へパスポートを提示するとともに、その写しを提供することに同意します。

記

- 療養期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 被保険者名： _____
（療養を受けた者）
- 住所： _____
- 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名・押印欄

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。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・押印してください。

氏 名： _____ ⑩

住 所： _____

患者との関係：本人 ・ 親権者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・
その他（ _____ ）