

(海外療養費) 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 Starting date of medication Year_____年 Month___月 Day___日
- ・ 被保険者 (患者) Insured (Patient)
 (被保険者氏名 Name of the insured) _____
 (住所 Address) _____
 (生年月日 Date of birth) Year_____年 Month___月 Day___日

大阪市 御中

私 (療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は、大阪市の職員あるいは、大阪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。

To: Osaka City Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the Osaka City Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

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

(氏名 Signature) _____
 (住所 Address) _____
 (日付 Date) Year_____年 Month___月 Day___日
 (患者との関係 Relation to the insured)
 本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※This agreement of authorization expires six month after the signed date.

(海外療養費) 調査に関わる同意書 調査同意書

- ・治療開始日 治疗开始日期 _____年 ____月 ____日
- ・被保険者 (患者) 被保險者 (患者)
(被保険者氏名 被保險者姓名) _____
(住所 住址) _____
(生年月日 出生日期) _____年 ____月 ____日

大阪市 御中

私 (療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は、大阪市の職員あるいは、大阪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。

致：大阪市政府相关部门

本人 (療養接受人) _____及本人的户主 _____，同意贵市职员或贵市的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实 (疗养时间、场所、疗养内容)，根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

署名欄 签名栏

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

須由接受治疗的被保險人本人签字・盖章。以下 () 情况，请监护人 (本人未成年)、成年监护人 (本人为接受监护的成年人)、法定继承人 (本人已死亡) 签字・盖章。

(氏名 姓名) _____
(住所 住址) _____
(日付 日期) _____年 ____月 ____日
(患者との関係 与患者关系)
本人 患者本人 ・ 親権者 监护人 ・ 法定相続人 法定继承人 ・ その他 其他
[_____]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ 本同意书从签名起6个月内有效。