

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

•療養開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

•Starting date of medication Year _____ Month _____ Day

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

•Patient
(Name of patient)
(Address)
(Date of birth) Year_____Month_____Day_____

プロテリアル健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、は、プロテリアル健康保険組合の職員又はプロテリアル健康保険組合が委託した事業者、
 海外療養費申請書類等にある事実(療養行為などを行った日時、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、
 療養行為など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、パスポートをプロテリアル健康保険組合に提示することも併せて「

To: Proterial health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize Proterial health insurance association or its staff, and its subcontract refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the re application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄
Signature

署名は、療養を受けた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
場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名してください。

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)

(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 []

(Signature)

(Address)

(Date) Year ____ Month ____ Day

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

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、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submit
their format of agreement of authorization or authorization letter.