

# 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

東北電力健康保険組合 理事長 殿

私(療養を受けた者) \_\_\_\_\_ と、被保険者 \_\_\_\_\_ は、東北電力健康保険組合の職員あるいは、東北電力健康保険組合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、パスポートの等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を東北電力健康保険組合に提示することも併せて同意します。

- ・ 治療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・ 被保険者 \_\_\_\_\_ 記号番号 \_\_\_\_\_  
(患者氏名) \_\_\_\_\_  
(住所) 〒 \_\_\_\_\_  
(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 署名欄

署名は治療を受けた患者本人が行って下さい。なお、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人がそれぞれ署名して下さい。

(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 [ \_\_\_\_\_ ]

この届出は被保険者が内容を確認し作成しています