

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）健保 花子と、被保険者健保 太郎は、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 XX 年 X 月 XX 日
- ・ 被保険者 健保 太郎 記号番号 55-5555
(患者氏名) 健保 花子
(住所) 〒980-8550 仙台市青葉区本町 1-7-1
(生年月日) XX 年 X 月 X 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) 健保 花子
(住所) 〒980-8550 仙台市青葉区本町 1-7-1
(日付) XX 年 X 月 X 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