

調査に係る同意書

Agreement of Authorization

治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Starting date of medication) (Year) (Month) (Day)

療養を受けた者 _____
(Name of patient)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date of birth) (Year) (Month) (Day)

私（療養を受けた者）と私の世帯主は長岡市の職員又は長岡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、パスポートを長岡市に提示することも併せて同意します。

I (patient who has received treatment) and my head of household authorize Nagaoka city hall 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. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

(Date)
_____ 年 _____ 月 _____ 日
(Year) (Month) (Day)

長岡市長 様
(To : Nagaoka mayor)

住 所 _____
(Address)
氏 名 _____
(Signature)

患者との関係 (Relation to patient)

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 (_____)
(Self) (Guardian) (Heir) (Other)