

## 海外療養費の調査に関わる同意書

・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・ 被保険者（療養を受けた者）

（氏名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

奈良市あて

私（療養を受けた者）\_\_\_\_\_と、私の世帯主 \_\_\_\_\_は、奈良市あるいは、奈良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。

---

### 署名・押印欄

（氏名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（日付） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

（患者との関係）

本人 ・ 世帯主 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。