

調査に関わる同意書（海外療養費）

・被保険者証の記号番号 島 8 ー

・療養受けた者

(氏名) _____

(住所) 〒 _____

(生年月日) _____年____月____日

・治療開始日 _____年____月____日

いわき市長 様

私(療養を受けた者) _____と、私の世帯主 _____は、貴市あるいは、貴市が委託（再々委託まで含む）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、療養内容等）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、パスポートの写しが必要なため、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

(日付) _____年____月____日

(住所) 〒 _____

(氏名) _____印

(療養を受けた者との関係)

本人 ・ 世帯主 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]