

調査に関わる同意書（海外療養費）

・治療開始日 _____年____月____日

・被保険者（療養受けた者）

（氏名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____年____月____日

北海道後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者） _____は、北海道後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、北海道後期高齢者医療広域連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、北海道後期高齢者医療広域連合にパスポートのコピーを提供することも併せて同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。なお、次の場合は、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印してください。

（氏名） _____印

（住所） _____

（日付） _____年____月____日

（患者との関係）

本人 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]