

調査に関わる同意書
調査同意書

～ の赤枠内に記入してください。

・ 治疗开始日期（治療開始日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ 被保険者（患者）（被保険者（患者））
被保険者姓名（被保険者名） _____
住址（住所） _____
出生日期（生年月日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

致： Yokohama 市（区、街道、村）政府相关部门

本人（療養接受人） _____ 及本人的户主 _____，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者以及海外、国内的政府机构核实，并接受其提供的相应信息。另外，如以上确认为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

_____ 横浜 _____ 市(区町村) 御中

私（療養を受けた者）、 _____ と、私の世帯主、 _____ は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市（区町村）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、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

签名栏（署名欄）

须由接受治疗的被保险人本人签字。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字。

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、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）が署名して下さい。

(姓名) (氏名) _____

(住址) (住所) _____

(日期) (日付) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(与患者关系) : 患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他 [_____]

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意书从签名起 6 个月内有效。

(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

(なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。)