

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

_____ (被保険者) および _____ (療養を受けた者) は、川崎汽船健康保険組合が以下の _____ (療養を受けた者) の海外療養費支給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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を川崎汽船健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【療養期間】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ 療養を受けた者 (患者) の署名欄

患者氏名 (自署) : _____

住所 (国名から) : _____

生年月日 : 昭和 / 平成 / 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ 被保険者 (成年後見人・法定相続人) 署名欄

被保険者氏名 (自署): _____

住所 (国名から) : _____

生年月日 : 昭和 / 平成 / 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者との関係 : 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 (_____)

※成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合。

以上

* 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。