

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____年 _____月 _____日

・患者
(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年 _____月 _____日

(宛先) 所沢市長

私(療養を受けた者) _____と、私の世帯主 _____は、所沢市の職員又は所沢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、場所及び療養内容)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、上記確認に当たり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを所沢市に提示することも併せて同意します。

・署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた患者本人が行って下さい。なお、次の場合は、それぞれに定める方が署名・押印をしてください。

- ①本人が未成年の場合…親権者
- ②本人が成年被後見人の場合…成年後見人
- ③本人が死亡している場合…法定相続人

(氏名) _____
(住所) _____
(日付) _____年 _____月 _____日

(患者との関係): 本人・親権者・成年後見人・法定相続人

※ 本同意書の有効期限は、署名日から6か月間です。

※ 国や地域、医療機関等から所定の同意書、委任状等を求められた場合は、所定の書類に必要事項を記載していただくことがあります。