

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・治療開始日 Starting date of medication Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

・患者 Patient

(患者名 Name of Patient) _____

(住所 Address) _____

(生年月日 Date of birth) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

エム・オー・エー健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者) _____ は、エム・オー・エー健康保険組合の職員又は、エム・オー・エー健康保険組合が委託した業者が、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。

To : MOA Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), _____ authorize MOA Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the application forms.

署名・捺印欄 Signature

署名・捺印は、治療を受けた本人が行ってください。ただし、本人が未成年の場合は親権者が、本人が成年被後見人の場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が、署名・捺印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名 Signature) _____ 印

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

(患者との関係 Relation to the insured)

本人 Self 親権者・後見人 Guardian 法廷相続人 Heir

その他 Other _____