

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日      \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- ・ Starting date of medication      Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

- ・ 患者  
  (患者名) \_\_\_\_\_  
  (住所) \_\_\_\_\_  
  (生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- ・ Patient  
  (Name of patient) \_\_\_\_\_  
  (Address) \_\_\_\_\_  
  (Date of birth)    Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

昭和産業健康保険組合 御中  
私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_ は、昭和産業健康保険組合の職員又は昭和産業健康保険組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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを昭和産業健康保険組合 に提示することも併せて同意します。

To: Showa-sangyo Health Insurance Society  
I (patient who has received treatment) authorize Showa-sangyo 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 related application forms.  
Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.