

## 調査に関わる同意書

(Agreement of Authorization)

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_と、私の世帯主\_\_\_\_\_は、  
亀岡市の職員及び亀岡市が委託した事業者が海外療養費申請書類にある事実（療養を行  
った日時、場所、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって療養を行っ  
たものに照会を行い、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。  
なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (Patient who received the treatment): \_\_\_\_\_, and my head  
of the household: \_\_\_\_\_, agree to authorize the Kameoka City  
Office's staff and its subcontractors to refer and obtain any factual information  
related to an overseas medical treatment benefit claim document (such as date,  
place, record, and other information about the medical treatment) from the  
medical organization in order to verify the submitted document. Also, a  
photocopy of this Agreement of Authorization document will be considered as  
equally effective and valid as the original.

### 署名・押印欄

#### (Signature)

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。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、押印してください。

If you agree to the above condition, please fill out the underlined information. The  
signature must be done by the patient who received the treatment. However, in  
the following cases, the guardian (if the patient is under 20 years old), the  
guardian of an adult (if patient is in an adult ward), or the heir at law (if patient  
is dead) shall write the signature.

住所(Address) \_\_\_\_\_

氏名(Signature) \_\_\_\_\_ 印

日付(Date) \_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Day)

患者との関係 : 本人 親権者 法定相続人 その他  
(Relation with the patient) oneself guardian heir other( )