

# 同意書 Agreement of Authorization

安田日本興亜健康保険組合 御中

To Yasuda Nipponkoa Health Insurance Association

海外療養費支給申請書類にある事実(療養を受けた日時、場所、診療内容等)を確認するため、申請書類の提供等によって、診療等行為を行った方に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

I consent to the verification of the details stated in my application for overseas medical expenses reimbursement, including the date, location, and content of the medical treatment received. This verification may involve providing the submitted documents to the relevant medical institution or practitioner for confirmation, and obtaining necessary information from them regarding the inquiry.

署名日 Date of Signature : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ●療養を受けた方の署名欄 Signature Field for the Person Who Received Medical Treatment

療養を受けた方の署名は、原則、本人が行ってください。

なお、代理人が署名した場合は、下記の代理人の署名欄にも署名をお願いいたします。

Please ensure that the signature for the person who received medical treatment is primarily provided by the individual themselves. However, if a representative signs on behalf of the individual, please also sign in the designated 'Representative Signature Field' below.

患者氏名 Patients Name : \_\_\_\_\_

生年月日 Date of Birth : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 Address : \_\_\_\_\_

## ●代理人の署名欄 Representative's Signature Field

氏 名 Name : \_\_\_\_\_

住 所 Address : \_\_\_\_\_

療養を受けた者との関係 Relationship to the Person Who Received Medical

- ☐ 親権者 legal guardian  
(本人が未成年の場合 if the person is a minor)
- ☐ 成年後見人 adult guardian  
(本人が成年被後見人の場合 if the person is an adult ward)
- ☐ 法定相続人 statutory heir  
(本人が死亡している場合 if the person is deceased)
- ☐ その他 others ( \_\_\_\_\_ )