

※この同意書は、海外療養費支給申請書1枚ごとに添付願います。

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

同意書の氏名
はPC入力可

御中

私（療養を受けた者） **井上 花子** と、被保険者 **井上 太郎** は、イノアック健康保険組合あるいは、イノアック健康保険組合が委託（再々委託まで含む）した事業者が、海外療養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なため、当該写し（本人確認ができるページと出国の確認ができるページ）をイノアック健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To : INOAC Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), **Hanako Inoue** and society member, **Taro Inoue** authorize INOAC Health Insurance Society and INOAC Health Insurance Society's subcontractors (including sub-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 to INOAC Health Insurance Society in order to confirm the information written above.

署名・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた患者本人が行ってください。

ただし、次の場合は、親権者（患者本人が未成年の場合）、成年後見人（患者本人が生年被後見人）、相続人（患者本人が死亡している場合）が署名・押印して下さい。

署名・押印欄の氏名は
パスポートの署名と同じものを自署
または
PC入力+押印

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

自署の場合は押印を省略できます。

(氏 名) **井上 花子** (印)
※パスポートの署名と同じものを記入してください。
(住 所) **99999 Equity Drive Suite 999, Troy, MI 48064, USA**
(記入日) **20**年 4 月 30 日**
(患者との関係) : **本人** ・ 親権者 ・ 法廷相続人 ・ その他 []
(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※患者が子供の場合
被保険者の氏名を
記入し、
「親権者」に丸をする

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。