

調査に関わる同意書

・治療開始日 _____年__月__日

・患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____年__月__日

広島市 (_____ 区) 御中

私(療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は、広島市(_____ 区)の職員又は、広島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。

署名欄

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。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)が署名して下さい。

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) _____年__月__日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。