

## 調査に関わる同意書(海外療養費)

### Agreement of Authorization

ニコン健康保険組合 御中

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

・ 療養を受けた者(患者)の氏名 (Name of patient ) \_\_\_\_\_

住所 (Address) \_\_\_\_\_

生年月日 (Date of birth) (Year) \_\_\_\_\_ 年 (Month) \_\_\_\_\_ 月 (Day) \_\_\_\_\_ 日

.....

私(療養を受けた者) \_\_\_\_\_ は、ニコン健康保険組合の職員あるいは、ニコン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、上記確認に必要な資料として、ニコン健康保険組合にパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Nikon health insurance society

I (patient who has received treatment) , \_\_\_\_\_ authorize Nikon 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, for the confirmation mentioned above I agree to show Nikon health insurance society my passport and submit a photocopy of my passport.

### 署名欄 Signature

署名は、療養を受けた者が行って下さい。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)が署名をして下さい。また、療養を受けた者と被保険者が異なる場合、被保険者の署名も併せて行って下さい

Patient who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (patient is under age), guardian of adult (patient is adult ward), heir (patient is dead) shall sign one's signature. In addition, if patient is different from insured person, insured person shall also sign one's signature.

署名日 (Date) (Year) \_\_\_\_\_ 年 (Month) \_\_\_\_\_ 月 (Day) \_\_\_\_\_ 日

・ 療養者氏名 (Signature of patient) \_\_\_\_\_

・ 住所 (Address) \_\_\_\_\_

・ 被保険者氏名 (Signature of insured person) \_\_\_\_\_

・ 療養者との関係 (Relation to patient)

本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [ \_\_\_\_\_ ]

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頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

★本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires six month after the signed date.