

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

塩野義健康保険組合＜保険者名＞ 御中

私（療養を受けた者）、_____は、＜保険者名＞の職員又は＜保険者名＞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。