

調査同意書（調査にかかる同意書）

・ 治療開始日期（治療開始日） _____年____月____日

・ 被保険者（患者）（被保険者（患者））

（被保険者姓名）（被保険者名） _____

（住址）（住所） _____

（出生日期）（生年月日） _____年____月____日

致：名古屋市

本人（療養接受人） _____及本人的戸主 _____，同意貴市職員或貴市の委託方为确认本人海外療養費申請資料中所述事实（療養時間、場所、療養内容），根据申請資料，向提供療養者核實，并接受其提供的相应信息。

名古屋市 御中

私（療養を受けた者）、 _____と、私の世帯主、 _____は、貴市の職員あるいは、貴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・盖章栏（署名・押印欄）

須由接受治疗的被保険人本人签字・盖章。以下（ ）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

署名・押印は、治療を受けた被保険者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、押印して下さい。

（姓名）（氏名） _____ 盖章（印）

（住址）（住所） _____

（日期）（日付） _____年____月____日

（与患者关系） : 患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他 [_____]

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

※ 本同意書从签名起6个月内有效。

（本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。）