

조사동의서 (調査にかかる同意書)

・ 치료개시일 (治療開始日) _____년 (年) _____월 (月) _____일 (日)

・ 피보험자(환자) (被保険者(患者)) :

(피보험자) (被保険者名) _____

(주소) (住所) _____

(출생년월일) (生年月日) _____년 (年) _____월 (月) _____일 (日)

나고야시귀중:

본인 (요양을 받은자) _____와 저의 세대주 _____는 나고야시 직원 혹은 그와

관련된 업무위탁업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을

확인하기위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데

동의합니다.

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。

서명. 날인 (署名・押印欄)

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

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。

(성명) (氏名) : _____인 (印)

(주소) (住所) : _____

(날짜) (日付) : _____년 (年) _____월 (月) _____일 (日)

환자와의관계 : 본인 . 친권자 . 법정상속자 . 기타 [_____]

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

*본 동의서는 서명일부터 6개월까지 유효합니다

(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)