

**調査に関する同意書**  
**Agreement of Authorization**

- ・ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
- ・ Name of insured person \_\_\_\_\_
  
- ・ 記号—番号 \_\_\_\_\_
- ・ Code/No. \_\_\_\_\_
  
- ・ 治療開始日 和暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- ・ Starting date of medication Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_
  
- ・ 患者  
  (患者名) \_\_\_\_\_  
  (住所) \_\_\_\_\_  
  (生年月日) 和暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- ・ Patient  
  (Name of patient) \_\_\_\_\_  
  (Address) \_\_\_\_\_  
  (Date of birth) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

横浜ゴム健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）\_\_\_\_\_は、横浜ゴム健康保険組合の職員または横浜ゴム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、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを横浜ゴム健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: YOKOHAMA RUBBER HEALTH INSURANCE ASSOCIATION

I (patient who has received treatment), whose name is \_\_\_\_\_, authorize YOKOHAMA RUBBER HEALTH INSURANCE ASSOCIATION staff, or 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, I agree to submit a photocopy of my passport to YOKOHAMA RUBBER HEALTH INSURANCE ASSOCIATION if it is necessary along verification process written above.

## 署名・押印欄

### Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。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・押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) 和暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

※ 本同意書の有効期限は署名日から 24 ヶ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Staff ・ Guardian ・ Heir ・ Other [ \_\_\_\_\_ ]

※ This agreement of authorization expires 24 month after the signed date.

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いただくことがあります。

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

### 【貼付する書類】

- ・航空券、パスポート（氏名のページ、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できるページ）等、海外へ渡航した事実が確認できる書類の写しを貼付してください。
- ・日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明証（居住地が記載されたページ）の写しを貼付してください。

貼 付

※ 海外赴任中で帰国されていない被保険者に限り事業主の証明により、海外へ渡航した事実が確認できる書類は不要です。

事業主の証明欄	派遣・駐在先 国名		赴任先勤務地住所	
	出 国 日	令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。  事業主代理人  令和 年 月 日			

健康保険法施行規則の法改正により、平成 28 年 8 月 1 日受診分から海外療養費の支給申請を行う場合には、以下の書類が必要となりました。

- ・海外に渡航したことが確認できる書類（パスポート・航空券等入国出国がわかるもの）
- ・保険者が海外の医療機関等に対して受診内容等を照会することについての同意書