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

・被保険者氏名	横	浜 康夫			
· Name of insured perso	n				
·記号-番号15	5 <b>**</b> _ 99	9 * * *			
· Code/No					
・治療開始日	和暦	<b>令和3</b> 年	4 月	6 <sub>E</sub>	1
· Starting date of medic					
(四,日,口)	<b>浜 康夫</b> <sup>3英区△△台○丁目</sup>	 □番地			
(生年月日)和暦 平	<mark>成3</mark> <sub>年</sub> 12 <sub>月</sub> _	19日			
· Patient					
(Name of patient)					
(Address)					_
(Date of birth) Ye	ear M	onth	Day		
横浜ゴム健康保険組合	御中				
私(療養を受けた者)	横浜 康夫	は、横浜ゴ、	ム健康保険組合	合の職員ま	たは横浜ゴム健康保険組合
					「、療養内容)を確認するた
め、申請書類の提供等によ	はって、療養行為を	行った者に照会る	を行い、当該者	針から照会	に対する情報の提供を受け
ることに同意します。					
	パスポートのコピ	ーが必要となる場	場合には、パス	スポートを	横浜ゴム健康保険組合に携
示することも併せて同意 l					
To: YOKOHAMA RU	JBBER HEALTI	H INSURANC	E ASSOCIA	TION	
I (patient who has rec	eived treatment),	whose name i	s		, authorize YOKOHAMA
RUBBER HEALTH INS	URANCE ASSOCI	ATION staff, or	its subcontra	ctors to re	efer and obtain any and al
factual information relat	ted to an overseas	medical treatm	ent benefit cl	aim(s) file	ed or to be filed including
date of the treatment, p	lace,and any treat	ment records ar	nd information	n from th	ne medical organization in

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.

order to verify by submitting the related application forms.

## 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) 横浜 康夫 (住所) 横浜市都筑区△△台○丁目□番地	
(日付) 和暦 <b>令和3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>6</b> 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ヵ月間です。	
(Signature)	
(Address)	
(Date) Year Month Day	
(Relation to the insured): Staff · Guardian · Heir · 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.

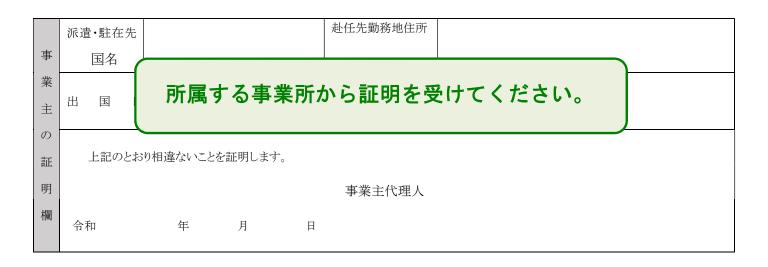
## 【貼付する書類】

- ・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

上記指定の確認できる証明を貼り付けしてください。

※ 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。



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