

## 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

リゾートトラスト健康保険組合 理事長 殿

私（療養を受けた者）健保 花子と、被保険者健保 太郎は、貴健康保険組合の職員あるいは、貴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（療養を行った日時、場所、療養内容等）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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を貴健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日：2024年 5 月 16 日

・療養期間：2024年 3 月 6 日 ~ 2024年 3 月 10 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名：健保 花子 印

住所（国名から）：日本国：愛知県名古屋市

生年月日：平成8年 2 月 15 日

●被保険者署名欄

氏名：健保 太郎 印

住所：愛知県名古屋市

生年月日：平成3年 10 月 1 日

患者との関係： 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人  
その他（ ）

\*成年後見人は被保険者が成年後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合