様式第26号

海外療養費に関する調査に係る同意書

(Agreement of Authorization for overseas treatments)

療養を受けた私は、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び兵庫県後期高齢者医療広域連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。

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (Patient who received the treatment) agree to authorize the Hyogo Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens Office and 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 for verification purposes from the medical organization by submitting the relevant application forms.

Also, photocopies of this Agreement of Authorization document will be considered effective and valid as the original.

住 所 :

(Address)

氏 名 : ㊞

日 付 : 年 　 月 　　 日

(Date) (Year) 　　　(Month) 　　　(Day)

患者との関係 ： 本人 ・ 後見人 ・ 法定相続人 ・ その他( )

(Relation to the insured) (Self) (Guardian of adult) (Heir) (Other)

※ 署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。

なお、本人が成年被後見人である場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印してください。

Note: The insured person who has received treatment shall sign their own signature.

However, in the following case, guardian of adult (if the insured person is an adult ward), heir (if the insured person is dead) may sign their signature instead.