

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

\_\_\_\_\_ (療養を受けた者) は、滝川市が以下の\_\_\_\_\_ (療養を受けた者) の海外療養費支給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。

記

署名日：\_\_\_\_\_年 月 日

・療養期間\_\_\_\_\_年 月 日～\_\_\_\_\_年 月 日

●療養を受けた者 (患者) の署名欄

患者氏名：\_\_\_\_\_印

住所 (国名から)：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_年 月 日

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。