

## 同意書 Letter of Consent

患者名 (Name of patient)			
住所 (Address)			
生年月日 (Date of birth)	Year	Month	Day

東京都情報サービス産業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、健康保険組合の職員又は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。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To: Tokyo Information Services Health Insurance Societies

I (patient who has received treatment) authorize health insurance society or its staff, 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 from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

## 署名欄 Signature

署名は、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 (Signature)			
住所 (Address)			
生年月日 (Date of birth)	Year	Month	Day
患者との関係 (Relation to the insured)			
: 本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other) [                      ]			

日付 (Signature Date)      Year      Month      Day

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.