

## 海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

\_\_\_\_\_（被保険者）および \_\_\_\_\_（療養を受けた者）は、  
中電工健康保険組合または中電工健康保険組合が委託した事業者が、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。

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には、パスポート等を中電工  
健康保険組合に提示することも併せて同意します。

### 記

・療養期間 \_\_\_\_\_年 月 日 ～ \_\_\_\_\_年 月 日

・診療を受けた者（患者）の署名欄

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住所（国名から）  
\_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_年 月 日

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

・被保険者署名欄

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_年 月 日

※本同意書の有効期限は署名から1年間です