

海外療養費の給付に関する同意書

工機ホールディングス健康保険組合 御中

貴組合の職員または貴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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴組合に提示することも併せて同意します。

記

療養を受けた者（患者）			
患者名	_____		
住所	_____		
生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
被保険者との続柄	_____		

記入日 年 月 日

被保険者

氏名 _____

住所 _____

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月です。

※照会先が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

※国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の用紙に必要事項を記載いただくことがあります。

以上