

**調査に関わる同意書**  
**調査同意書**

・ 治疗开始日期（治療開始日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・ 被保険者（患者）（被保険者（患者））

被保険者姓名（被保険者名） \_\_\_\_\_

住址（住所） \_\_\_\_\_

出生日期（生年月日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

致： \_\_\_\_\_ 市（区、街道、村）政府相关部门

本人（治疗接受人） \_\_\_\_\_ 及本人的户主 \_\_\_\_\_，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方株式会社 Medibrain 为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（治疗时间、场所、治疗内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。另外，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

\_\_\_\_\_ 市(区町村) 御中

私（療養を受けた者）、 \_\_\_\_\_ と、私の世帯主、 \_\_\_\_\_ は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市（区町村）が委託した事業者である株式会社メディブレイン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、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

**签名栏（署名欄）**

须由接受治疗的被保险本人签字。以下（ ）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字。

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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）が署名して下さい。

(姓名) (氏名) \_\_\_\_\_

(住址) (住所) \_\_\_\_\_

(日期) (日付) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(与患者关系) : 患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他 [ \_\_\_\_\_ ]

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意书从签名起 6 个月内有效。

(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

(なお、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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。)