

**調査に関わる同意書**  
**Agreement of Authorization**

・ Starting date of treatment(治療開始日) Y(年) \_\_\_\_\_ M(月) \_\_\_\_\_ D(日) \_\_\_\_\_

・ Insured (Patient) (被保険者 (患者))

Name of the insured (被保険者名) \_\_\_\_\_

Address (住所) \_\_\_\_\_

Date of birth (生年月日) Y(年) \_\_\_\_\_ M(月) \_\_\_\_\_ D(日) \_\_\_\_\_

To: \_\_\_\_\_ City (Municipality) Office

I (the patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of household, \_\_\_\_\_ authorize the City (Municipality) Office addressed above with its staff, and its subcontractors, Medibrain Inc., to refer to, obtain, and verify any 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 by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary for the verification process written above.

\_\_\_\_\_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。

**Signature (署名欄)**

The insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, the guardian (if the insured person is under age), the guardian of adult (if the insured person is an adult ward), the heir (if the insured person is dead) shall sign one's signature.

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。

(Signature) (氏名) \_\_\_\_\_

(Address) (住所) \_\_\_\_\_

(Date) (日付) Y(年) \_\_\_\_\_ M(月) \_\_\_\_\_ D(日) \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other [ \_\_\_\_\_ ]  
(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ This agreement of authorization expires six months after the date signed.

(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)

Also, we might ask you to fill out certain documents if countries or regions, and medical institutions require submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

(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。)