

## 調査に関する同意書

### หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ

• วันเริ่มรับการรักษา (治療開始日) ๒ (年) \_\_\_\_\_ เดือน (月) \_\_\_\_\_ วันที่ (日) \_\_\_\_\_

• ผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย) (被保険者 (患者))

ชื่อผู้เอาประกันภัย (被保険者名) \_\_\_\_\_

ที่อยู่ (住所) \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด (生年月日) ๒ (年) \_\_\_\_\_ เดือน (月) \_\_\_\_\_ วันที่ (日) \_\_\_\_\_

เรียน ที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) \_\_\_\_\_ และ หัวหน้าครอบครัวของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

ขอยินยอมให้ พนักงานของที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) ของท่าน หรือ บริษัทจำกัด เมดิเบรน (Medibrain Inc.)

ซึ่งได้รับมอบหมายจากที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) โดยดำเนินการสอบถามผู้ที่ให้การรักษา

และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้เกี่ยวข้อง จากข้อมูลเอกสารคำร้องที่ยื่นมา

เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอเข้ารับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เช่น

วันเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล สถานที่และรายละเอียดของการรักษาพยาบาล

และในกรณีที่จะต้องไปส่งหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ก็ขอยินยอมส่งมอบหนังสือเดินทางให้แก่เมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)

\_\_\_\_\_ 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。

### การลงนาม (署名欄)

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนาม อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ผู้ปกครอง (กรณีและผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) , ผู้ปกครองผู้ใหญ่ (กรณีและผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง) , ทายาทโดยธรรม (กรณีและผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต) จะเป็นผู้ลงนาม

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。

(ลายมือชื่อ) (氏名) \_\_\_\_\_

(ที่อยู่) (住所) \_\_\_\_\_

(วันที่) (日付) ๒ (年) \_\_\_\_\_ เดือน (月) \_\_\_\_\_ วันที่ (日) \_\_\_\_\_

(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง • ผู้ปกครอง • ทายาทโดยธรรม • อื่นๆ [ \_\_\_\_\_ ]  
(患者との関係) : 本人 • 親権者 • 法定相続人 • その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม  
(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)

อนึ่งในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร เช่น หนังสือยินยอม หรือ หนังสือมอบอำนาจ เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่เป็นในเอกสารที่กำหนด

(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、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。)