<u>調査に関わる同意書</u> Agreement of Authorization

· 治療開始日年	月日			
· Starting date of medication	Year	Month	_ Day	
・ ・ 患者				
(患者名)				
(住所)				
(生年月日)年月				_
• Patient				
(Name of patient)				
(Address)				
(Date of birth) Year	Month	Day		
三菱製紙健康保険組合 御中				
私(療養を受けた者)、	は、	三菱製紙健康保	険組合の職員ス	くは三菱製紙健
東保険組合が委託した事業者が、浴	海外療養費申	請書類にある事	事実 (療養行為を	ご行った日時、
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	うった者に照会
を行い、当該者から照会に対する	情報の提供を	を受けることに同	司意します。	
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、パスオ	パートを三菱製
紙健康保険組合に提示することも	併せて同意し)ます。		

To: Mitsubishiseishi Kenkouhokenkumiai

I (patient who has received treatment) authorize Mitsubishiseishi Kenkouhokenkumiai or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all 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 in order to verify by submitting the related application forms.

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

署名•押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた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、押印して下さい。

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

(名)印	
E所)年月日	
者との関係) :本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他〔 本同意書の有効期限は署名日から3ヵ月間です。)
ignature) ddress)	
ate) Year Month Day	
lation to the insured): Self · Guardian · Heir · Other	
This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.	

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。

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