

調査に関する同意書
(Agreement of Authorization)

療養者名 (Name of Patient) _____

生年月日 (Date of birth) 西暦 年 月 日
(Year) (Month) (Day)

公立学校共済組合鹿児島支部長 殿

私（療養を受けた者）は、公立学校共済組合鹿児島支部の職員又は公立学校共済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。

To: The manager of Japan Mutual Aid Association of
Public School Teachers of Kagoshima branch

I (patient who has received treatment) authorize Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers of Kagoshima branch or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any 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.

日付 (date) 西暦 年 月 日
(Year) (Month) (Day)

〒

住所 (address) _____

氏名 (Signature) _____ ㊟ (署名又は記名押印)

患者との関係 (Relation to the insured)

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()
(Self) (Guardian) (Heir) (Other) ()

※ 署名又は記名押印は、治療を受けた本人が行ってください。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）が署名又は記名押印して下さい。

※ 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 one's signature.