

同意書（海外療養費）

Agreement of Authorization

私は海外の医療機関で受診した療養費等請求書に基づく請求に対して、請求書等にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）を確認するため、所属所若しくは公立学校共済組合東京支部の職員又は公立学校共済組合東京支部若しくは公立学校共済組合が委託した事業者が、療養行為を行った者に対し照会を行い、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。

公立学校共済組合東京支部長 殿

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

I certify that I am a member of the faculty at a public school in Japan.
I authorize Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers of Tokyo branch 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.

年 月 日
(Year) (Month) (Day)

療養者名
(Name of Patient who received the treatment)

請求者
(Claimant)

住 所
(Address)

氏 名
(Signature)

療養者との関係
(Relation to the patient)

本人 ・ 被扶養者 ・ その他 ()
Patient Parent or guardian other ()