

同 意 書
Agreement of Authorization

海外療養費支給申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

In order to confirm the facts (date, time and place of medical treatment, treatment details, etc.) stated in the form for claiming overseas medical treatment benefits, I agree that an inquiry shall be made of the person who performed the medical treatment, wherein such an inquiry is conducted by, for example, providing the claim form, to obtain information from the said person regarding the content of the inquiry.

【署名・押印欄】

エア・ウォーター健康保険組合 御中

●被保険者署名欄

署名日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名: _____ 印

被保険者生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者住所: _____

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

療養を受けた者(患者)氏名: _____

※患者が被保険者の場合は記入不要