

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

- ・ 被保険者名 / Insured Person _____ (_____)
- ・ 治療開始日 / Starting date of medication
_____年/year _____月/Month _____日/Day
- ・ 患者 (療養を受けた者) / Patient
(患者名/Name of Patient) _____ (被保険者との続柄/ Relation) _____
(住所/ Address) _____
(生年月日 / Date of birth) _____年/year _____月/Month _____日/Day

日本郵船健康保険組合 御中 / To: NYK Health Insurance Society

私 (療養を受けた者)、 _____ は、日本郵船健康保険組合の職員又は日本郵船健康保険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 (療養を行った日時、場所、療養内容) を確認するため、療養行為を行った者 (医者等) に照会を行い、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、渡航の事実が確認できる書類としてパスポート、航空券等の写しを日本郵船健康保険組合に提示することも併せて同意します。

I (patient who has received treatment) authorize NYK Health Insurance Society 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 or air tickets if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄 / Signature

署名・押印は、療養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 cases, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名/ Signature) _____ (印)
(住所/ Address) _____
(日付/ Date) _____年/year _____月/Month _____日/Day
(患者との関係/ Relation to the insured)
: 本人/Self・親権者/Guardian・成年後見人/Guardian of Adult ・法定相続人/heir

* 本同意書の有効期限は署名日から6カ月です。

This agreement of authorization expires 6 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.