

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

コニカミノルタ健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、コニカミノルタ健康保険組合の職員またはコニカミノルタ健康保険組合が委託した事業者が、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に対する情報の提供を受けることに同意します。

To: Konica Minolta health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Konica Minolta 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.

署名
Signature

【療養を受けた者 Patient】

・治療開始日 Starting date of treatment Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

・氏名（自署）

Name (Signature) _____

・住所 Address

・生年月日 Date of birth Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

【被保険者 Insured】

※療養を受けた者（患者）と被保険者が同じ場合は「同上」とし、署名日のみ記入してください。

If the patient is the insured, please fill in "same as above" and provide the date of signature only.

・氏名（自署）

Name (Signature) _____

・生年月日 Date of birth Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

・住所 Address

・署名日 Date Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月です。

This agreement of authorization expires 6 months after the date of signature.