調査に関わる同意書
Agreement of Authorization
调查同意书

・治療開始日　　(1)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
・Starting date of medication　(1)Year＿＿＿＿ Month＿＿＿ Day＿＿＿
・治疗开始日期　　(1)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

・被保険者（患者）
（被保険者名）　(2)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（　住　所　）　(3)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（ 生年月日 ）　(4)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

・Insured（Patient）
（Name of the insured）(2)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（Address）　(3)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（Date of birth）(4)Year＿＿＿＿ Month＿＿＿ Day＿＿＿

・被保险者（患者）
（被保险者姓名）(2)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（　住　　址　）(3)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（　出生日期　）(4)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

（あて先）静岡市長
私（療養を受けた者）、(5)＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の世帯主、(6)＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴市の職員あるいは、貴市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。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

To: The Mayor of Shizuoka City
I (patient who has received treatment), (5)＿＿＿＿＿＿＿＿ and my head of house hold, (6)＿＿＿＿＿＿＿＿ authorize the City Office 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 if it is necessary along verification process written above.

致：静岡市长
本人（疗养接受人）(5)＿＿＿＿＿＿＿＿及本人的户主(6)＿＿＿＿＿＿＿＿，同意贵市职员或贵市的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。
另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市提供。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、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 sign one's signature.

须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年)、成年监护人（本人为接受监护的成年人)、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

（氏　名）(7)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（住　所）(8)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（日　付）(9)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

（患者との関係）(10)：　本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他〔　　〕
※ 本同意書の有効期限は署名日から６ヵ月間です。

Signature

(Signature) (7)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(Address)　(8)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(Date)　　(9)Year＿＿＿＿ Month＿＿＿ Day＿＿＿

(Relation to the insured) (10)：　Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other（　　）
※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

签名・盖章栏

（姓　名）(7)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 盖章
（住　址）(8)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（日　期）(9)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

（与患者关系）(10)：　患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他〔　　〕
※ 本同意书从签名起６个月内有效。