

海外療養費の調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

長岡京市 御中

私（療養を受けた者） \_\_\_\_\_ と私の世帯主 \_\_\_\_\_ は、長岡京市の職員又は長岡京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は、パスポートを長岡京市に提示することも合わせて同意します。

To Nagaokakyo City Office,

I (insured person who received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of house hold, \_\_\_\_\_ authorize the Nagaokakyo 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 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.

・ 治療開始日 Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日  
(Starting date of medication)

・ 患者 (Patient)

署名又は記名捺印 \_\_\_\_\_ 印

(Signature) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

生年月日(Date of Birth) Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

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いただくことがあります。

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.