

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

慶應義塾健康保険組合 御中

_____ (被保険者) および _____ (療養を受けた者) は、
慶應義塾健康保険組合の職員または慶應義塾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）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、パスポート等のコピーが必要になる場合は、パスポート等を慶
應義塾健康保険組合に提示することも併せて同意します。

.....

署名・押印欄

(署名日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(療養期間) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

(患者氏名) _____ ⑩

(住所；国名から) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

●被保険者の署名欄

(氏 名) _____ ⑩

(住 所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者との関係) 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・ その他 (_____)

※成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡している場合

*本同意書の有効期限は署名日から1年間です。