

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・ Starting date of medication      Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_
  
- ・ 被保険者（患者）  
（被保険者名） \_\_\_\_\_  
（住所） \_\_\_\_\_  
（生年月日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  
- ・ Insured (Patient)  
（Name of the insured） \_\_\_\_\_  
（Address） \_\_\_\_\_  
（Date of birth）    Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

長崎県後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_ は、貴後期高齢者医療広域連合の職員あるは、貴後期高齢者医療広域連合が委託した事業者である株式会社損害保険リサーチ、北京扶桑 詢有限責任公司、株式会社翻訳センター、及び東京損保鑑定（タイランド）株式会社が、海外申請書類の提供等にある事実（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、パスポートを貴後期医療広域連合に提示することも併せて同意します。

To : Nagasaki Prefecture Association responsible for operation of the Medical Care for Senior Citizens Office

I (patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ authorize the Nagasaki Prefecture Association responsible for operation of the Medical Care for Senior Office or its staff, and its subcontractors of Songai Hoken Research Co., Ltd., Beijing Fusang Administration and Consultation Co., Ltd., Honyaku Center Inc., and Tokyo Sonpo Kantei(Thailand)Co., Ltd. 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 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.

氏名の記載欄  
Signature

被保険者の氏名を記載して下さい。なお次の場合は、成年後見人（本人が成年後見人の場合  
法定相続人（本人が死亡している場合）が記載して下さい。

Insured person who has received treatment shall one's signature. However, in the follow  
case, guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is ded) sha  
one's signature.

(氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(患者との関係) : 本人 ・ 相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※本同意書の有効期限は記載日から6ヶ月間です。

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

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

(Date of birth) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Heir ・ Other

※This agreement of authorization expires six 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  
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.