

調査に関わる同意書

名古屋市職員共済組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、組合員、_____は、名古屋市職員共済組合の職員あるいは、名古屋市職員共済組合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。

・治療開始日 _____年 ____月 ____日

・療養を受けた者（患者）

（氏名） _____

（生年月日） _____年 ____月 ____日

（性別） 男 ・ 女

（続柄） _____

署名・押印欄

_____年 ____月 ____日

（組合員氏名） _____印

（所属） _____

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

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頂くことがあります。