

調査同意書（調査に係る同意書）

治疗开始日期（治療開始日） _____年 _____月 _____日

患者姓名（療養者名） _____

出生日期（出生月日） _____年 _____月 _____日

医疗机构名称（医療機関名） _____

海外医疗机构地址，邮编（海外の医療機関の所在地・郵便番号） _____

医疗机构电话号码（医療機関の電話番号） _____

工業機械健康保険協会 收

本人（医疗服务接受人）_____及本人的户主_____，同意工業機械健康保険協会或其委托方向相关机关（政府机关，医疗机构）调查本人提交的海外医疗费申请书中所述事实（治疗时间，场所，治疗内容），并且我接受调查时相关机关（政府机关，医疗机构）所提供的相应信息。如果国家、自治区、医疗机构要求提供其他形式的同意书或委托书等文件、我同意填写该文件的相关内容，并且协力提交所需相关资料。

※作为诊疗记录调查时的参考，请您用医疗机构所在地语言填写医疗机关地址。

産業機械健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主_____は、産業機械健康保険組合又は委託した事業者が自ら私が提出した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、療養内容等）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（海外の医療機関等）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。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要な事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

※ 医療機関照会の際に参考とするため、海外の医療機関の所在地は現地の言語で表記してください。

署名・盖章栏（署名・押印欄）

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（本人未成年人），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。

署名・押印は、療養を受けた被保険者本人が行ってください。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・押印してください。

患者姓名（療養者名）： _____ 盖印(印)

住址（住所）： _____

与患者关系： 患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他（ _____ ）

（患者との関係）： 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他（ _____ ）

日期（記入日）： _____