

Letter of Consent (調査に係る同意書)

Starting date of treatment (治療開始日) Y(年) _____ M(月) _____ D(日) _____

Patient's Full Name (療養者名) _____

Date of Birth (生年月日) Y(年) _____ M(月) _____ D(日) _____

Name of Medical Institution (医療機関名) _____

Address of Medical Institution (including postal code) (海外の医療機関の所在地・郵便番号)

Telephone Number of Medical Institution (医療機関の電話番号): _____

To : INDUSTRIAL MACHINE HEALTH INSURANCE SOCIETY

I (the person who received medical treatment), _____, and the head of my household, _____, authorize INDUSTRIAL MACHINE HEALTH INSURANCE SOCIETY and its outsourcing contractor(s) to inquire and obtain any and all factual information related to my overseas medical treatment benefit claim application that I submitted on my own accord, including treatment date(s), the place of treatment, any treatment records from the medical organization indicated above in order to verify the fact of the treatment.

Further, I agree to cooperate in providing additional documents along with filling out any consent letter or authorization letter that countries, regions or medical organizations may additionally require.

※Please write in the local language of where the medical organization is located. We will be referring to it during the inquiry.

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。

Signature (署名・押印欄)

The insured person who received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, the guardian (if the insured person is under age), the guardian of adult (if the insured person is an adult ward), the legal heir (if the insured person is deceased) shall sign one's signature.

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。

Patient's Full Name (療養者名) : _____

Signature (サイン) : _____

Address (住所) : _____

Relationship to Patient : Self Guardian Legal heir Other ()
(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

Date (記入日) : _____