

Phiếu đồng ý khảo sát (調査に係る同意書)

Ngày bắt đầu điều trị (治療開始日) _____ năm (年) _____ tháng (月) _____ ngày (日)

Tên bệnh nhân (療養者名) _____

Ngày năm tháng sinh (生年月日) _____ năm (年) _____ tháng (月) _____ ngày (日)

Tên cơ sở y tế (医療機関名) _____

Địa chỉ, mã số bưu điện, (海外の医療機関の所在地・郵便番号) _____

Số điện thoại của cơ sở y tế ở nước ngoài (医療機関の電話番号) _____

Kính gửi : Hiệp Hội Bảo Hiểm Sức Khỏe Máy Móc Công Nghiệp

Tôi (người được điều trị y tế), _____,
và chủ hộ của tôi là _____, Chúng tôi xin đồng ý để cho người thực hiện hành vi điều trị y tế (tại cơ sở y tế ở nước ngoài...) và những bên liên quan cung cấp thông tin liên quan đến việc điều tra của Hiệp Hội Bảo Hiểm Sức Khỏe Máy Móc Công Nghiệp hay các bên được ủy thác điều tra, nhằm xác nhận sự thật liên quan đến hồ sơ mà chúng tôi tự nộp để yêu cầu thanh toán chi phí điều trị y tế tại nước ngoài như (Ngày tiến hành điều trị y tế, địa điểm, nội dung điều trị y tế...).

Ngoài ra, nếu quốc gia, uỷ ban nhân dân hoặc cơ sở y tế yêu cầu cung cấp những mẫu đồng ý riêng hoặc giấy ủy quyền, thì chúng tôi đồng ý điền những thông tin cần thiết vào hồ sơ tương ứng cũng như hợp tác để cung cấp những giấy tờ cần thiết.

※ Xin ghi chép địa chỉ của cơ sở y tế bằng tiếng của nước đó để có thể xác nhận thông tin của cơ sở y tế một cách chính xác.

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。

Đòng chữ ký, đóng dấu (署名・押印欄)

Chữ ký và con dấu phải được thực hiện bởi người được bảo hiểm chi trả đã tham gia điều trị y tế. Trong những trường hợp sau đây, người giám hộ là cha mẹ (nếu người tham gia điều trị y tế là trẻ vị thành niên), người giám hộ (nếu trường hợp người tham gia điều trị y tế là người được giám hộ), hoặc người thừa kế hợp pháp (nếu người tham gia điều trị y tế đã chết) phải ký tên và đóng dấu của họ.

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。

Tên bệnh nhân (療養者名) : _____ chữ ký (サイン) _____

Số định danh cá nhân (個人識別番号) : _____

Địa chỉ (住所) : _____

Mối quan hệ với bệnh nhân :

Chính bản thân ・ Người giám hộ ・ Người thừa kế hợp pháp ・ Người khác ()
(患者との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

Ngày (記入日) : _____