

調査に関する同意書調査同意書

・治療開始日 治疗开始日期 _____年____月____日

・被保険者（患者） 被保險者（患者） Insured (Patient)

(被保険者名 被保險者姓名) _____

(住所 住址) _____

(生年月日 出生日期) _____年____月____日

鹿児島市 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、鹿児島市の職員あるいは、鹿児島市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。

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、パスポートを鹿児島市に提示することも併せて同意します。

致：鹿児島市政府相关部门

本人（療養接受人）_____及本人的户主_____，同意鹿児島市職員或鹿児島市の委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、地点、疗养内容），根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认为须提供本人的护照复印件，本人也同意向鹿児島市出示护照。

署名・押印欄 签名・盖章栏

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

須由接受治疗的被保險人本人签字・盖章。以下情况，由监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人过世）签字・盖章。

(氏名 姓名) _____印 盖章

(住所 住址) _____

(日付 日期) _____年____月____日

(患者との関係) 本人・親権者・法定相続人・その他 [_____]

(与患者关系) 患者本人・监护人・法定继承人・其他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

本同意书从签名起6个月内有效。

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。

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。