

調査に関わる同意書

조사동의서

・治療開始日 치료개시일 \_\_\_\_\_年 年\_\_\_\_月 월\_\_\_\_日 日 일

・被保険者 (患者) 피보험자(환자)

(被保険者名 피보험자) \_\_\_\_\_

(住所 주소) \_\_\_\_\_

(生年月日 出生년월일) \_\_\_\_\_年 年\_\_\_\_月 월\_\_\_\_日 日 일

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。

가고시마시 귀중:

본인 (요양을 받은자)\_\_\_\_\_와 저의 세대주 \_\_\_\_\_는 가고시마시 직원 혹은 가고시마시의 업무위탁업체가 해외요양비 신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 가고시마시에 여권을 제시하는데 동의합니다.

署名・押印欄 서명. 날인

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。

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(氏名 성명) \_\_\_\_\_印 인

(住所 주소) \_\_\_\_\_

(日付 날짜) \_\_\_\_\_年 年\_\_\_\_月 월\_\_\_\_日 日 일

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타( \_\_\_\_\_ )

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

\*본 동의서는 서명일부터 6개월까지 유효합니다

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、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。

그 외에 만약 국가,지역,의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청 할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.