調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

サンデン健康保険組合　御中

私（療養を受けた者)、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿と、被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、サンデン健康保険組合の職員あるいは、サンデン健康保険組合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、本同意書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

To：Sanden Health Insurance Society

I (patient who has received treatment),＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿and society member, ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ authorize Sanden Health Insurance Society or its staff, and Sanden Health Insurance Society's subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

In addition, we admit that the photocopy of this agreement of authorization shall have an equal effect to the original one.

署名・捺印欄

署名・捺印は、療養を受けた患者本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者（患者本人が未成年者の場合)、法定相続人（患者本人が死亡している場合）が署名、押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏　名 Signature＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所 Adrress＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　付 Date　Year＿＿＿＿＿年 Month＿＿＿＿＿月 Day＿＿＿＿＿日

（患者との関係）　　：　本人　・　親権者　・　法定相続人

(Relation to the insured)：　Self　・ Guardian・　Heir