

内容に同意の上、青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4 サイズの用紙で印刷してください。

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

福岡県歯科医師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、歯科医師 花子と、組合員、歯科医師 太郎は、貴組合の職員又は貴組合の委託した事業者が、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。

記

署名日：令和 7 年 4 月 24 日

・療養期間 令和 7 年 4 月 21 日～令和 7 年 4 月 21 日

●療養を受けた者の署名欄

患者氏名：歯科医師 花子

住所：×××市×××〇丁目〇番〇号

生年月日：平成 9 年 1 月 1 日



●被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

氏名：歯科医師 太郎

住所：×××市×××〇丁目〇番〇号

生年月日：昭和40年10月20日



療養を受けた者との関係： 本人 ・ 家族 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人
・ その他（ ）

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。