

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・療養開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
・Starting date of Treatment Year _____ Month _____ Day _____

・患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

・Patient

(Patient name) _____

(Address) _____

(Date of Birth) Year _____ Month _____ Day _____

アボット健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 _____ は、アボット健康保険組合の職員又はアボット健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類等にある事実(療養行為などを行った日時、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、療養行為など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、パスポートまたは出入国のわかる書類のコピーが必要となる場合には、パスポートまたは出入国のわかる書類をアボット健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Abbott Health Insurance Society

I, the undersigned (the patient who has received treatment), hereby authorize Abbott Health Insurance Society or its designated contractors to verify the facts related to my overseas medical expense claim(s), including the date, location, and details of the treatment. I agree that they may contact the medical institution or relevant parties and obtain necessary information by providing the submitted application documents. I also agree to submit a copy of my passport or other documents showing my entry and exit records if required for the above verification process.

アボット健康保険組合

署名欄
Signature

署名は、療養を受けた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)が署名してください。

The patient who received the treatment must sign this form. However, in the following cases, an eligible representative must sign: a Parent or legal guardian (if the patient is a minor), a legal guardian (if the patient is an adult ward), a legal heir (if the patient is deceased)

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) _____年_____月_____日

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他[_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から3ヵ月間です。

(Printed Name / Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self · Guardian · Heir · Other

※ This authorization form is valid for three months from the date of signature.

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。

If required by a country, region, or medical institution, you may also be asked to complete additional prescribed authorization form.