

## 同意書

私が申請する海外療養費支給申請書について、貴組合の職員あるいは、貴組合が委託した事業者が、申請書類に記載された医療機関等に対して、該当する療養行為に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

署名日

年 月 日

**受診者** (組合員と異なる場合にご記入ください。)

生年月日 年 月 日

氏名 (自署)

**組合員**

住所

生年月日 年 月 日

氏名 (自署)