

調査に関わる同意書
조사동의서

· 치료개시일(治療開始日) 년(年) _____ 월(月) _____ 일(日) _____

· 피보험자(환자) (被保險者 (患者))

피보험자 (被保險者名) _____

주소 (住所) _____

출생년월일 (生年月日) 년(年) _____ 월(月) _____ 일(日) _____

_____ 아츠 _____ 시구읍면 귀중:

본인 (요양을 받은자) _____ 와 저의 세대주 _____ 는 시(구,읍,면) 직원
혹은 시(구,읍,면) 가 위탁한 사업자인 주식회사 메디 브레인이 해외요양비 신청서류에 기재된
사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기위해 해당 요양기관에 조회를 하거나
해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 있어서 여권사본이 필요한 경우 시(구,읍,면) 에 여권을 제시하는데 동의합니다.

_____ 厚木 _____ 市(区町村) 御中

私(療養を受けた者)、_____ と、私の世帯主、_____ は、貴市(区町村)の職員ある
いは、貴市(区町村)が委託した事業者である株式会社メディブレーン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、パスポートを貴市(区町村)に提
示することも併せて同意します。

서명란 (署名欄)

치료를 받은 피보험자본인이 서명을 하여야 합니다. 피보험자본인이 미성년자 또는
피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명이 필요합니다.

署名は、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)が署名して下さい。

(성명) (氏名) _____

(주소) (住所) _____

(날짜) (日付) 년(年) _____ 월(月) _____ 일(日) _____

(환자와의관계) : 본인 · 친권자 · 법정상속자 · 기타 [_____]

(患者との関係) : 本人 · 親権者 · 法定相続人 · その他 [_____]

※ 본 동의서는 서명일부터 6개월까지 유효합니다

(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)

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

(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、所定の書類に必要事項を
記載頂くことがあります。)