調査に関わる同意書/ Agreement of Authorization

・診療開始日/ Starting date of medication　　Year_____ 年　Month____ 月 Day____ 日

・患者名/Name of patient _____
住所/Address _____
生年月日/Date of birth　Year_____ 年　Month____ 月　Day____ 日

ミツバ健康保健組合　御中
私（療養を受けた者）、_____は、ミツバ健康保健組合の職員又はミツバ健康保健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）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、パスポートをミツバ健康保健組合に提示することも併せて同意します。

To: MITSUBA HEALTH INSURANCE UNION
I (patient who has received treatment) authorize MITSUBA HEALTH INSURANCE UNION or its staff, and its 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.
Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄/ Signature

署名・押印は、治療を受けた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、押印して下さい。

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

氏名/ Signature _____印
住所/ Address _____
日付/ Date　　Year_____ 年　Month____ 月　Day____ 日

患者との関係/ Relation to the insured
本人/ Self　・　親権者/Guardian　・　法定相続人/Heir　・　その他/Other[　　]

※　本同意書の有効期限は署名日から 12 ヵ月間です。
This agreement of authorization expires 12 month after the signed date.

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。
Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.