

# 福島市国民健康保険海外療養費申請に伴う同意書

被保険者証記号番号	島1	治療開始日	平成 令和	年	月	日
療養を受けた被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
住所						

私(療養を受けた者) \_\_\_\_\_と、私の世帯主 \_\_\_\_\_は、  
貴市あるいは、貴市が委託(再々委託まで含む)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写しが必要なため、パスポートを貴市に提示することも  
併せて同意します。

令和 年 月 日

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_ 印

患者との関係: 本人・世帯主・法定相続人・その他( \_\_\_\_\_ )