

(様式 D)

同意書 (Agreement of Authorization)

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）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、当該者からその照会内容について 情報提供を受けることに同意します。

【署名・押印欄】

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

署名日： _____ 年 月 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

住所： _____

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

●被保険者（成年後見人・法定相続人）の署名欄

氏名： _____

住所： _____

※療養を受けた者 患者 と同じ場合には、「同上」と記入してください。