**海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書**

(被保険者)　　　　　　　　　　　　および　(療養を受けた者)　　　　　　　　　　　は

ダスキン健康保険組合が以下の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うけることに同意します。

　また、上記確認にあたり、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を

ダスキン健康保険に提示することも併せて同意します。

記

署名日：　　　　　年　　　月　　　日

療養期間：　　　　年　　　月　　　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

現住所(国名記入)：（国名）

〒

■被保険者署名欄

記号・番号：

氏名：

〒

住所：

生年月日：　　　　　年　　　月　　　日

患者との関係：　　本人　・　被扶養者

※本同意書の有効期限は署名日から６ケ月です。