調査に関わる同意書
조사동의서

・치료개시일(治療開始日)　년(年)＿＿＿＿＿월(月)＿＿＿＿＿일(日)＿＿＿＿＿

・피보험자(환자)（被保険者（患者））
　피보험자（被保険者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　주소（住所）＿＿

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

카나가와현 후기고령자의료광역연합 귀중:
본인 (요양을 받은자)＿＿＿＿＿＿＿＿ 은 후기고령자 의료광역연합직원 혹은 후기고령자 의료광역연합이 위탁한 사업자인 주식회사 메디 브레인이 해외요양비 신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기위해 해당 요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.
또한 위확인에 여권사본이 필요한 경우 후기고령자 의료광역연합에 여권을 제시하는데 동의합니다.

神奈川県後期高齢者医療広域連合　御中
私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿は、貴後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、貴後期高齢者医療広域連合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、パスポートを貴後期高齢者医療広域連合に提示することも併せて同意します。

서명란（署名欄）

치료를 받은 피보험자 본인이 서명을 하여야 합니다. 아래( )의 경우,성년후견인(피성년후견인)혹은 법정상속자(사망)의 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、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　・　법정상속자　・　기타〔　　〕
（患者との関係）　：　本人　・　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。）