**調査に関わる同意書（海外療養）**

　Agreement of Authorization

農林水産省共済組合　事務執行者　殿

　私（療養を受けた者）　　　　　　　　　　は、貴共済組合の職員あるいは貴共済組合が委託した業者が、療養費請求書にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、療養行為を担当した者に照会を行い、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。

To: Ministruy of Agriculture,Forestry and Fisheries Mutual Aid Accociation

I (patient who has received treatment) authorize Ministry of Agriculture,Forestry and Fisheries Mutual Aid Accociation 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.

・療養開始日(Starting date of medication)　(Year)　　　年 (Month)　　月 (Day)　　日

・療養を受けた者(Name of patient)

　　住　　所(Address)

　　生年月日(Date of birth)　　　　　 (Year)　　　年 (Month)　　月 (Day)　　日

　　組 合 員 証 番 号

|  |
| --- |
|  |

**署名欄**Signature

氏　　　名(Signature)

住　　　所(Address)

　署　名　日(Date)　　　 (Year)　　　年 (Month)　　月 (Day)　　日

患者との関係 　　本人・親権者・法定相続人・その他［　　　　　　　］

(Relation to the insured)：　Self 　・Guardian　･　 　Heir 　　　・　Other

※１　署名は、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）が署名する。

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.

※２　本同意書の有効期限は署名日から１年間です。

This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.