第一生命健康保険組合　御中

# 調査に関わる同意書（海外療養費）

私は、健康保険法に基づく海外療養費の支給決定を行うにあたり、貴健康保険組合が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）を確認するため、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。

同意年月日　　年　　月　　日

治療年月日　　年　　月　　日

住所

生年月日　　年　　月　　日

被保険者名　　印

H28.4