**調査書に関わる同意書**

**Agreement of Authorization**

・治療開始日　　　　　　年　　　月　　　日

・**Starting date of medication** **Year**　　　　 **Month**　　　 **Day**

・患者

　（患者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**㊞**

　（住所）

　（生年月日）　　　　　年　　　月　　　日

・**Patient**

　（**Name of patient**）

　（**Address**）

　（**Date of birth**）　　**Year**　　　　 **Month**　　　 **Day**

三菱鉛筆健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、　　　　　　　　　　は、三菱鉛筆健康保険組合の職員又は三菱鉛筆健康保険組合が

委託した事業者が、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、パスポートを三菱鉛筆健康保険組合

に提示することも併せて同意します。

**To：MITUBISHI PENCIL HEALTH INSURANCE SOCIETIES**

**I （patient who has received treatment）authorize MITUBISHI PENCIL HEALTH INSURANCE SOCIETIES 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.**

**Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process**

**written above.**

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.