

**Agreement of Authorization (調査にかかる同意書)**

※医療機関照会の際に参考とするため、英語で記入してください

Patient's Full Name (療養を受けた者の氏名): \_\_\_\_\_

Date of Birth (生年月日): \_\_\_\_\_

Address (住所): \_\_\_\_\_

Treatment Period Start Date (診療開始日): \_\_\_\_\_

Name of Medical Institution (医療機関名): \_\_\_\_\_

Address of Medical Institution (including postal code) (医療機関の所在地・郵便番号)

\_\_\_\_\_

Telephone Number of Medical Institution (医療機関の電話番号): \_\_\_\_\_

To: Nakano City

I (the person that received medical treatment), \_\_\_\_\_, and the head of my

household, \_\_\_\_\_, agree to authorize the Nakano-City staff and its subcontractor to check the facts (treatment date and place, treatment record, billing record, etc.) on the overseas medical treatment benefit claim application with the medical institution above and to receive the information from the medical institution. Any photocopies of this authorization will be considered effective and valid as the original. Also, I agree to submit a photocopy of my passport to Nakano City.

中野区御中  
私(療養を受けた者)、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、中野区の職員あるいは、中野区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、請求書の控え等)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。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。また、パスポートの写しを中野区に提示することも併せて同意します。

**Signature (署名・押印欄)**

The insured person that has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, the guardian (if the insured person is under age), the guardian of adult (if the insured person is an adult ward), the heir (if the insured person is dead) shall sign one's signature.

署名・押印は、治療を受けた被保険者が行ってください。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)が署名して下さい。

Signature (氏名) \_\_\_\_\_ (Seal if available)

Address (住所) \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: Self      Guardian      Heir      Other ( )  
(患者との関係)      : 本人      親権者      法定相続人      その他( )

Date (記入日): \_\_\_\_\_

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

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。