

**同意書**  
**Agreement of Authorization**

海外療養費支給申請書類にある事実（療養を行った日時、場所、療養内容等）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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

In order to confirm the facts (date, time and place of medical treatment, treatment details, etc.) stated in the form for claiming overseas medical treatment benefits, I agree that an inquiry shall be made of the person who performed the medical treatment, wherein such an inquiry is conducted by, for example, providing the claim from, to obtain information from the said person regarding the content of the inquiry.

**【署名・押印欄】**

LIXIL 健康保険組合 御中

署名日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

※署名・押印は原則として本人が行ってください。代理人が署名・押印した場合は、下記の代理人署名欄にも署名・押印をお願いいたします。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_  
(海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください)

●代理人の署名欄

氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

- 療養を受けたものとの関係：  親権者（本人が未成年の場合）  
 成年後見人（本人が被成年後見人の場合）  
 法定相続人（本人が死亡している場合）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）