

郡山市国民健康保険療養費申請(海外療養費)に伴う

調査に関わる同意書

●治療開始日 昭和・平成・令和・西暦 年 月 日

●被保険者(療養を受けた者)

氏名 _____

住所 _____

生年月日 昭和・平成・令和・西暦 年 月 日

郡山市 御中

私(療養を受けた者)_____と、私の世帯主_____は、国民健康保険法施行規則第 27 条第 4 項第 2 号の規定により、郡山市あるいは、郡山市が委託(再々委託まで含む)した事業者が、海外において受けた療養にかかる国民健康保険療養費支給申請書類にある事実(療養行為が行われた日時、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、上記確認に必要な資料として、同規則同条同項第 1 号の規定により、郡山市へ旅券(パスポート)を提示するとともに、その写しを提供することも併せて同意します。

日付(同意日) _____ 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

療養を受けた者と同意者との関係

本人 ・ 世帯主 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※本同意書の有効期限は同意日から 1 年間です。