

調査に関する同意書  
조사동의서

- ・治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- ・ 치료개시일 \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일

- ・ 被保険者（患者）  
（被保険者名） \_\_\_\_\_  
（住所） \_\_\_\_\_  
（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- ・ 피보험자(환자):  
（피보험자） \_\_\_\_\_  
（주소） \_\_\_\_\_  
（출생년월일） \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일

千葉県(区町村) 御中  
私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市（区町村）が委託した事業者である株式会社損害保険リサーチ、北京扶桑管理諮詢有限責任公司、株式会社国際事務センター、及びゴーウェル株式会社が、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、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

치바시구읍면 귀중:  
본인 (요양을 받은자) \_\_\_\_\_와 저의 세대주 \_\_\_\_\_는 시구읍면 직원 혹은 그와 관련된업무위탁업체인주식회사손해보험리서치,북경 fusang 관리자문유현책임공사,주식회사국제세무센터및 gowell 주식회사가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.  
또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 시구읍면에 여권을 제시하는데 동의합니다.

署名・押印欄

서명. 날인

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(患者との関係) \_\_\_\_\_ : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(성명): \_\_\_\_\_ 인

(주소): \_\_\_\_\_

(날짜): \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

(환자와의관계): 본인. 친권자. 법정상속자. 기타( \_\_\_\_\_ )

\*본 동의서는 서명일부터 6개월까지 유효합니다

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。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청 할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.