・治療開始日　治疗开始日期　　　　　　 年　　　月　　　日

・被保険者（患者） 被保险者（患者） Insured（Patient）

（被保険者名被保险者姓名）

（住所　住址）

（生年月日　出生日期）　　　　 年　　　月　　　日

与論町 御中

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の世帯主、＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、与論町の職員あるいは、与論町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、パスポートを与論町に提示することも併せて同意します。

致：与论町政府相关部门

本人（疗养接受人）　　　　　　 及本人的户主＿＿＿＿＿＿＿＿，同意与论町职员或

与论町的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、地点、疗养内容），

根据申请资料，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向与论町出示护照。

署名・押印欄 签名・盖章栏

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。

须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下情况，由监护人（本人未成年）、成年监护

人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人过世）签字・盖章。

（氏名　姓名） 　　　　　　　　　　　　　　　　　印　盖章

（住所　住址）

（日付　日期）　 　　　　 年　　　月　　　日

（患者との関係） 本人　　・親権者・法定相続人・その他〔 　　　　　〕

（与患者关系） 　患者本人・监护人・法定继承人・其他　〔　　　　　 〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から６ヵ月間です。

本同意书从签名起6 个月内有效。

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。

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。