

調査に関わる同意書
조사동의서

・治療開始日 치료개시일 _____ 年년 _____ 月월 _____ 日일

・被保険者 (患者) 피보험자(환자)

(被保険者名 피보험자) _____

(住所주소) _____

(生年月日 출생년월일) _____ 年년 _____ 月월 _____ 日일

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。

요론초 귀중:

본인 (요양을 받은자) _____ 와 저의 세대주 _____ 는 요론초 직원 혹은 요론초 의 업무위탁업체가 해외요양비 신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 요론초 에 여권을 제시하는데 동의합니다.

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。

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

(氏名 성명) _____ 印 인

(住所 주소) _____

(日付 날짜) _____ 年년 _____ 月월 _____ 日일

(患者との関係) 本人 ・親権者・法定相続人・その他 [_____]

환자와의관계 : 본인 . 친권자. 법정상속자. 기타(_____)

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 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、所定の書類に必要な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.