・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.