## 調査に関わる同意書

## Agreement of Authorization

・治療開始日	(Starting date of medication)	(西暦)		年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)
	ent) (両方お書きください。)		(Name of	patient)		
(住所)		(Name of patient)(Address)				
(生年月日)	) (Date of birth) <u>(西暦)</u>	年	(Year)	月(Month	) 目 (Day)	<del></del>
私 (療養を請書類にある者に照会を行	康保険組合 御中 受けた者)、は、山崎製パン健康保事実(療養行為を行った日時、場所 い、当該者から照会に対する情報の 確認にあたり、パスポートのコピー します。	所、療養区の提供を	内容)を確認 受けること	忍するため、申請 に同意します。	<b></b> 書類の提供等によって	、療養行為を行った
I (patient wisubcontractor filed or to be organization	Baking Health Insurance Societ ho has received treatment) aures to refer and obtain any and all filed including date of the treatin order to verify by submitting to submit a photocopy of my pass	thorize Y factual in tment, pl	nformation lace, and a ed applicati	related to an ove ny treatment rec on forms.	rseas medical treatments and information	nent benefit claim(s) on from the medical
			署名欄 Signatur	<u>e</u>		
	療を受けた本人が行って下さい。 )、法定相続人(本人が死亡してレ				成年の場合)、成年後	:見人(本人が成年被
-	on who has received treatment s der age), guardian of adult (ins	_	_		_	
(氏名)(Sign (住所)(Add (患者との関	lress)			、(Heir)・ その作	也(Other)〔	)
(署名日)(D <b>※</b> 本同意書	ate) <u>(西暦) 年(Year</u> の有効期限は署名日から 6 ヵ月間		月(Mor	nth) 目	(Day)	

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。 Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

This agreement of authorization expires 6 months after the signed date.