

調査に関わる同意書（案）
Agreement of Authorization

《群馬県ガイドライン分》

平成____年____月____日

群馬県_____様

国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第54条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第77条に基づき支給される療養費（以下「海外療養費」という。）について、貴保険者が行う審査確認事務における個人情報の収集・利用・提供・照会・調査に関し、下記の事項について同意します。

記

- 1 支給申請に関する診療内容明細書等（パスポート含む）の内容について、その診察・治療等を行った医療機関（医師）等に対し、照会し、かつ回答を受けること。
- 2 審査確認事務にあたり、過去の受診歴の調査が必要な場合については、必要となる最小限の範囲において、国内等の医療機関（医師）や保険者等に対し、照会し、かつ回答を受けること。
- 3 審査確認事務にあたり、必要に応じて、調査（出入国の状況の確認、渡航目的の確認、刑事記録の照会等）すること。
- 4 海外療養費の支給申請に対する審査確認業務について、専門的な技術や知見を有する民間の調査会社等に業務委託した場合に、支給申請に係る被保険者の個人情報を調査会社等へ提供すること。
- 5 4により業務委託した調査会社等が、当該被保険者に関する個人情報を保有し、かつ利用すること。
- 6 上記により収集した個人情報について、審査支払機関である群馬県国民健康保険団体連合会に対して提供すること。

《国保中央会分》

- ・ 治療開始日 _____年____月____日
- ・ Starting date of medication Year_____ Month____ Day_____

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

- ・ Insured (Patient)

(Name of the insured) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

市(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。

To: _____ City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

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。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(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。

Signature

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month ____ Day ____

(Relation to the insured) : Self • Guardian • Heir • Other []

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

記入例

別紙（参考例）

調査に関わる同意書（案） Agreement of Authorization

平成 26 年 6 月 26 日

群馬県前橋市長 様

国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第54条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第77条に基づき支給される療養費（以下「海外療養費」という。）について、貴保険者が行う審査確認事務における個人情報の収集・利用・提供・照会・調査に関し、下記の事項について同意します。

■ 保険者名及び代表者名を記入

1 (例) 群馬県前橋市長

■ 後期高齢者医療の場合

2 群馬県後期高齢者医療広域連合
広域連合長

記

1 申請書等（パスポート含む）の内容について、その診察・治療に際し、照会し、かつ回答を受けること。

2 受診歴の調査が必要な場合については、必要となる最小限の範囲において、国内等の医療機関（医師）や保険者等に対し、照会し、かつ回答を受けること。

3 審査確認事務にあたり、必要に応じて、調査（出入国の状況の確認、渡航目的の確認、刑事記録の照会等）すること。

4 海外療養費の支給申請に対する審査確認業務について、専門的な技術や知見を有する民間の調査会社等に業務委託した場合に、支給申請に係る被保険者の個人情報を調査会社等へ提供すること。

5 4により業務委託した調査会社等が、当該被保険者に関する個人情報を保有し、かつ利用すること。

6 上記により収集した個人情報について、審査支払機関である群馬県国民健康保険団体連合会に対して提供すること。

《国保中央会分》

・ 治療開始日 2014 年 1 月 8 日

・ Starting date of medication Year 2014 Month 1 Day 8

・ 被保険者（患者）

（被保険者名） 赤城 花子

（住所） 群馬県前橋市大手町1-1-1

（生年月日） 1974 年 6 月 12

・ Insured (Patient)

(Name of the insured) AKAGI HANAKO
(Address) GUNMAKEN MAEBASHISHI OOTEMACHI 1-1-1
(Date of birth) Year 1974 Month 6 Day 12

前橋市(区町村) 御中

私(療養を受けた者)、**赤城花子**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。

To: **MAEBASHI** City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), **AKAGI HANAKO** and my head of household, ~~_____~~ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

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。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) 赤城 花子
(住所) 群馬県前橋市大**赤**手町1-1-1
(日付) 2014年 6月26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。

Signature

(Signature) AKAGI HANAKO

(Address) GUNMAKEN MAEBASHISHI

OOTEMACHI 1-1-1

(Date) Year 2014 Month 6 Day 26

(Relation to the insured) Self Guardian Heir Other []

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.