

Agreement of Authorization (調査にかかる同意書)

※医療機関照会の際に参考とするため、現地の言語で記入してください

Patient's full name (氏名): _____

Date of birth (生年月日): Year _____ Month _____ Day _____ (年月日)

Patient's address (住所): _____

Name of medical institution (医療機関名): _____

Address of medical institution including postal code (医療機関の所在地・郵便番号): _____

Telephone number of medical institution (医療機関の電話番号): _____

Treatment start date (診療開始日): Year _____ Month _____ Day _____ (年月日)

To : KOTO-KU

I, the person that received medical treatment, _____,
and the head of my household, _____, authorize
KOTO-KU and its subcontractor (Medibrain Co. Ltd.) to verify the facts (treatment date and place,
treatment details, etc.) on the overseas medical treatment benefit claim application with the medical
organization above and to obtain information from the medical organization. Any photocopies of this
authorization will be considered effective and valid as the original.

江東区 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、
江東区の職員あるいは、江東区が委託した事業者（株式会社メディブレーン）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、療養内容等）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。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

Signature (署名): _____ (印) (Seal if available)

Relationship to patient: Self Guardian Legal Heir Other ()

(患者との関係) 本人 親権者 法定相続人 その他 ()

Date signed (記入日): Year _____ Month _____ Day _____ (年月日)

调查同意书（調査にかかる同意書）

※请用当地语言填写表格，已备向医疗机构调查确认时参考。

姓名（氏名）：_____

出生年月日（生年月日）：_____年 _____月 _____日（年月日）

地址（住所）：_____

医疗机构名称（医療機関名）：_____

海外医疗机构地址和邮政编码（海外の医療機関の所在地・郵便番号）：

海外医疗机构电话号码（医療機関の電話番号）：_____

诊疗开始日（診療開始日）：_____年 _____月 _____日（年月日）

致：江东区

本人（接受治疗的人）_____及本人的户主_____授权贵市职员或贵市的委托方（Medibrain 有限公司）对于本人提交的海外治疗费申请资料中所述事实（治疗时间，场所，治疗内容）向医疗机构进行调查核实，并同意调查方接受医疗机构提供的相应信息。

此外，本文件的复印件也被视为与原件具有同等效力。

江東区 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主_____は、江東区の職員あるいは、江東区が委託した事業者（株式会社メディブレイン）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、療養内容等）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。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

签字(署名)：_____ (印) (如有印章请盖章)

与患者关系：本人 监护人 法定继承人 其他()

(患者との関係) 本人 親権者 法定相続人 その他()

填写日（記入日）：_____年 _____月 _____日（年月日）

조사 동의서 (調査にかかる同意書)

※医療機関照会の際に参考とするため、現地の言語で記入してください

환자명 (氏名): _____

생년월일 (生年月日): _____년 _____월 _____일 (年月日)

환자의 주소 (住所): _____

의료기관명 (医療機関名): _____

의료기관의 주소・우편번호 (医療機関の所在地・郵便番号): _____

의료기관의 전화번호 (医療機関の電話番号): _____

진료시작일 (診療開始日): _____년 _____월 _____일 (年月日)

강동구 귀중

저(진료를 받은 사람)_____와 저의 세대주_____는 강동구 직원 혹은 강동구가 위탁한 사업자(주식회사 메디브레인)가 해외요양비 신청서류에 있는 사실(진료 일시, 장소, 진료 내용등)을 확인하기 위해서 신청 서류의 제공에 따라 의료기관에 조회를 실시하고 의료 기관으로부터 해당 정보를 제공 받는 것에 동의합니다. 또한 이 문서의 사본도 원본과 같은 효력이 있는 것으로 인정합니다.

江東区 御中

私(療養を受けた者)、_____と、私の世帯主、_____は、江東区の職員あるいは、江東区が委託した事業者(株式会社メディブレイン)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、療養内容等)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。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

서명 (署名): _____ ㉞ (날인 가능)

환자와의 관계 : 본인 ・ 친권자 ・ 법저상속인 ・ 그 외 ()
(患者との関係) 本人 親権者 法定相続人 その他 ()

기입일 (記入日): _____년 _____월 _____일 (年月日)