

TDK 健康保険組合 殿

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

(被保険者) _____ および (療養を受けた者) _____ は、TDK 健康保険組合が以下の (療養を受けた者) _____ の海外療養費支給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、申請書類の内容について、療養行為を行ったものに照会を行い、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、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を TDK 健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

療養期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

●療養を受けた者の署名欄

氏 名： _____ (印)

住所 (国名から)： _____

生 年 月 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

●被保険者署名欄

氏 名： _____ (印)

住 所： _____