

( 様式D )

**同意書 (Agreement of Authorization)**

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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

**【 署名・押印欄 】**

S K健康保険組合 殿

署名日： 年 月 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名： \_\_\_\_\_ ④

生年月日： \_\_\_\_\_  
年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入して下さい。

●被保険者（法定相続人）の署名欄

氏名： \_\_\_\_\_ ④

住所： \_\_\_\_\_

※療養を受けた者（患者）と同じ場合は、氏名に同上と記入、住所欄は空欄にして下さい。