

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

調査同意書

조사동의서

หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ

- ・治療開始日 _____年__月__日
- ・Starting date of medication Year_____ Month___ Day___
- ・治疗开始日期 _____年__月__日
- ・치료개시일 _____년__월__일
- ・วันเริ่มรับการรักษา วันที่ ____ เดือน _____ ปี _____

- ・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___

- ・被保険者（患者） Insured (Patient)
（被保険者姓名 Name of the insured） _____
（住址 Address） _____
（出生日期 Date of birth） _____年__月__日

- ・피보험자(환자):
（피보험자） _____
（주소） _____
（출생년월일） _____년__월__일

- ・ผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย)
（ชื่อผู้เอาประกันภัย） _____
（ที่อยู่） _____
（วันเดือนปีเกิด） วันที่ ____ เดือน _____ ปี _____

神奈川県建設連合国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、 _____と、私の組合員、 _____は、貴国民健康保険組合の職員あるいは、貴国民健康保険組合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なため、パスポートを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Kanagawa Construction Union Federation National Health Insurance Society
I (patient who has received treatment), _____ and society member,
_____ authorize National Health Insurance Society or its staff, and National Health Insurance Society's 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 to National Health Insurance Society in order to confirm the information written above.

致：神奈川県建設工会国民健康保険組合相关部门

本人（療養接受人）_____及組合員_____，同意贵国民健康保険組合相关部门职员、贵国民健康保険組合相关部门的委托方为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向疗养提供者核实，并接受其提供的相应信息。

另，因上述确认须提供本人的护照复印件，故本人同意向国民健康保険組合相关部门提供。

가나가와 현 건설 협회 국민건강보험조합 귀중:

본인(요양을 받은자) _____ 및 저의 조합원 _____ 는 국민건강보험 조합직원 혹은 국민건강보험조합에서 위탁한 업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일,요양장소,요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 국민건강보험조합에 여권을 제시하는데 동의합니다.

เรียน สมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ สหภาพการก่อสร้างจังหวัดคานางาวะ

ข้าพเจ้า _____ (ผู้รับการรักษาพยาบาล) และ _____ สมาชิกของสมาคม ยินยอมให้เจ้าพนักงานของสมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติของท่าน หรือ ผู้ประกอบการซึ่งสมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติของท่านมอบหมายสอบถามไปยังผู้ที่ทำการรักษาและขอข้อมูลตามข้อความ ที่ได้มีการสอบถามจากผู้ที่ทำการรักษานั้น

เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงในเอกสารขอเคลมค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศที่ได้ยื่น (วันเวลา - สถานที่ที่รับการรักษา - รายละเอียดของการรักษาพยาบาล) โดยนำเอกสารฯ ไปมอบให้กับผู้ที่ทำการรักษานั้น เป็นต้น

นอกจากนี้

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะยื่นสำเนาหนังสือเดินทางแก่สมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติของท่านเพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อความที่กล่าวมาข้างต้น

署名欄
Signature
签名栏
서명
การลงนาม

署名は、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.

须由接受治疗的被保险者本人签字。以下（ ）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字。

치료를 받는 피보험자본인이 서명을 하여야 합니다.아래()의 경우, 친권자(미성년자) 혹은 성년후견인(피성년후견인) 혹은 법정상속자(사망)의 서명이 필요합니다.

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนามและ อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ปกครอง (กรณีและผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) , ผู้ปกครองผู้ใหญ่ (กรณีและผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง) , ทายาทโดยธรรม (กรณีและผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต) จะเป็นผู้ลงนามและ

(氏名) _____
(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) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

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

(姓名) _____
(住址) _____
(日期) _____年____月____日
(与患者关系) _____ : 患者本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [_____]
※ 本同意书从签名起 6 个月内有效。

(성명): _____
(주소): _____
(날짜): _____년 _____월 _____일
환자와의 관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)
*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다

(ลายมือชื่อ) _____
(ที่อยู่) _____
(วันที่) วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____
(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง • ผู้ปกครอง • ทายาทโดยธรรม • อื่นๆ
※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม

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.

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성할 것을 요청할 경우, 작성하셔야 할 수도 있습니다.

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร เช่น หนังสือยินยอม หรือ หนังสือมอบอำนาจ เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด