

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 _____

熊本県後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、貴後期高齢者医療広域連合の職員あるいは、貴後期高齢者医療広域連合が委託した（再々委託まで含む）事業者である株式会社損害保険リサーチ、北京扶桑管理諮詢有限責任公司、株式会社国際事務センター、及びゴーウェ

ル株式会社が、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、パスポートを貴後期高齢者医療広域連合に提示することも併せて同意します。

To: Kumamoto Association responsible for operation of the Medical Care for Senior Citizens Office

I (patient who has received treatment), _____ authorize the Kumamoto Association responsible for operation of the Medical Care for Senior Citizens Office or its staff, and its subcontractors, including its sub-subcontractors of of Songai Hoken Research Co. Ltd., Beijing Fusang Administration and Consultation Co., Ltd., International Documentation Center Co. Ltd., and Gowell Co. Ltd. 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.

致：熊本后期高齢者医療広域聯合

本人（療養接受人）_____ 同意貴后期高齢者医療広域聯合職員或貴后期高齢者医療広域聯合の委託方（含再委託及再再委託）株式会社損害保険調査，北京扶桑管理咨询有限公司，株式会社国际事务中心，Gowell 株式会社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，向提供疗养者核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵后期高齢者医療広域聯合提供。

Kumamoto 후기고령자의료광역연합 귀중:

본인 (요양을 받은자) _____ 은 후기고령자의료광역연합직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체(재위탁 포함) 주식회사손해보험리서치, 북경 Fusang 관리자문유현책임공사, 주식회사국제세무센터 및 Gowell 주식회사가 해외요양비신청서류에 기재된 사실 (요양일, 요양장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 후기고령자의료광역연합에 여권을 제시하는데 동의합니다.

เรียน Kumamoto

ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) _____

ขอยินยอมให้ พนักงานของ Kumamoto ของท่าน หรือ Songaihoken Research Co., Ltd., Beijing Fusang Administration and Consultation Co., Ltd. , International Documentation Center Co., Ltd. , และ GOWELL Co., Ltd. ซึ่งได้รับมอบหมายจาก Kumamoto

โดยดำเนินการสอบถามผู้ที่ให้การรักษา
และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง(รวมไปถึงการมอบหมายต่อช่วง)
จากข้อมูลเอกสารคำร้องที่ยื่นมา
เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอคำรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เช่น
วันเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล สถานที่และรายละเอียดของการรักษาพยาบาล
และในกรณีที่จะต้องใช้สำเนาหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้างต้น
ก็จะยินยอมส่งมอบหนังสือเดินทางให้แก่Kumamoto

署名・押印欄
Signature
签名・盖章栏
서명. 날인
การลงนาม • ประทับตรา

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、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 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険人本人签字・盖章。以下（）情况，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・盖章。

치료를 받는 피보험자본인이 서명, 날인을 하여야 합니다. 아래()의 경우, 성년후견인(피성년후견인) 혹은 법정상속자(사망)의 서명, 날인이 필요합니다.

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนามและประทับตรา อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ปกครองผู้ใหญ่ (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง) , ทายาทโดยธรรม (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต) จะเป็นผู้ลงนามและประทับตรา

(氏名) _____ 印
(住所) _____
(日付) _____年____月____日

(患者との関係) : 本人 ・ 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 • Heir • Other

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

(姓名) _____ 盖章

(住址) _____

(日期) _____年____月____日

(与患者关系) : 患者本人 • 法定继承人 • 其他 [_____]

※ 本同意书从签名起 6 个月内有效。

(성명): _____인

(주소): _____

(날짜): _____년 _____월 _____일

환자와의관계: 본인. 법정상속자. 기타(_____)

*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다

(ลายมือชื่อ) _____

(ที่อยู่) _____

(วันที่) วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง • 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, 작성 하셔야 할수도 있습니다.

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร เช่น หนังสือยินยอม หรือ หนังสือมอบอำนาจ เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด