

海外療養費の調査に関わる同意書

新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛

私は、新潟県後期高齢者医療広域連合が、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、診療内容等）を確認するため、申請書類の提出によって、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。

被保険者番号	
フリガナ	
被保険者名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日

年 月 日

住 所

氏 名

_____ (印)

(自署の場合は押印不要)

電話番号

(_____)