**調査に関わる同意書**

**조사동의서**

・치료개시일(治療開始日）　년(年)　　　　　월(月)　　　　　일(日)

・피보험자(환자)（被保険者（患者））

 피보험자（被保険者名）

 주소（住所）

 출생년월일（生年月日）　년(年)　　　　　월(月)　　　　　일(日)

　　　　　　　　시구읍면 귀중:

본인 (요양을 받은자) 　　　　　　　　와 저의 세대주 　　　　　　　　는 시(구,읍,면) 직원 혹은 시(구,읍,면) 가 위탁한 사업자인 주식회사 메디 브레인이 해외요양비 신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기위해 해당 요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 있어서 여권사본이 필요한 경우 시(구,읍,면) 에 여권을 제시하는데 동의합니다.

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　市(区町村)　御中私（療養を受けた者）、　　　　　　　　と、私の世帯主、　　　　　　　　は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市（区町村）が委託した事業者である株式会社メディブレーン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、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。 |

**서명란（署名欄）**

치료를 받은 피보험자본인이 서명을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명이 필요합니다.

|  |
| --- |
| 　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。 |

(성명)（氏名）

(주소)（住所）

(날짜)（日付）　년(年)　　　　　월(月)　　　　　일(日)

（환자와의관계）：　본인　・　친권자　・　법정상속자　・　기타〔　　　　　　　　〕

（患者との関係） ：　 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他〔　　　　　　　　〕

* 본 동의서는 서명일부터 ６개월까지 유효합니다

(本同意書の有効期限は署名日から６ヵ月間です。)

그 외에 만약 국가,지역,의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청 할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.

（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。）