

日本化薬健康保険組合 御中

海外療養費の調査に関する同意書

私は、日本化薬健康保険組合の役職員あるいは、日本化薬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、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

（日付）        年        月        日

（署名）

---