調査に関わる同意書
Agreement of Authorization
调查同意书
조사동의서

・治療開始日　　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
・Starting date of medical treatment　　Year＿＿＿＿ Month＿＿ Day＿＿
・治疗开始日期　　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
・치료개시일　＿＿＿＿년＿＿월＿＿일

・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＿＿

・被保险者（患者）　Insured（Patient）
（被保险者姓名　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

金沢市　御中
私（療養を受けた者)、＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の世帯主、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、金沢市の職員あるいは、金沢市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となる場合には、パスポートを金沢市に提示することも併せて同意します。

To: City of Kanazawa
I (the patient who has received treatment),＿＿＿＿＿＿＿＿, and the head of my house-hold, ＿＿＿＿＿＿＿＿, authorize employees of the City of Kanazawa or its subcontractors to refer to and obtain (by submitting the related application forms) 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 benefit claims.
Also, I agree to submit a photocopy of my passport to the City of Kanazawa if it becomes necessary in the verification process described above.

致：金泽市政府相关部门
本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意金泽市职员或金泽市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，本人也同意向金泽市提供。

가나자와시 귀중:

본인 (요양을 받은 자)_____와 저의 세대주 _____는 가나자와시 직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체가 해외요양비 신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당 요양기관에 조회를 하거나 해당 요양기관으로부터 정보를 받는 데 동의합니다.

또한, 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 가나자와시에 여권을 제시하는 데 동의합니다.

署名・押印欄

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、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、押印して下さい。
（氏名）_____印
（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

The insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following cases, a guardian (if insured person is under age), a guardian of an adult (if insured person is an adult ward), or an heir (if insured person is deceased) shall sign one's signature.
（Signature）_____
（Address）_____
（Date）Year_____ Month____ Day____
(Relation to the insured)：Self ・Guardian ・ Heir ・ Other
※ This agreement of authorization expires six months after the signed date.

签名・盖章栏

须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下括号内情况，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・盖章。
（姓名）_____ 盖章
（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。

서명. 날인

치료를 받은 피보험자 본인이 서명.날인을 하여야합니다. 피보험자 본인이 미성년자 또는 피성년자 후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(성명): _____ 인
(주소): _____
(날짜): 년 월 일
환자와의 관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타( )
*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다