

调查同意书

• 治疗开始日期 _____年____月____日

• 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

致：那霸市 政府相关部门

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方（含再委托及再再委托）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，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

签名・盖章栏

须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下（ ）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。

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。