

조사동의서

· 치료개시일 _____년____월____일

· 피보험자(환자) :

(피보험자) _____

(주소) _____

(출생년월일) _____년____월____일

나하 시구읍면 귀중:

본인(요양을 받은자) _____및 저의 세대주_____는 시구읍면직원 혹은 그와
관련된

업무위탁업체(재위탁포함)가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일,요양
장소,요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터
정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위확인에 여권사본이 필요한 경우 시구읍면에 여권을 제시하는데 동의합니다.

서명. 날인

치료를 받는 피보험자본인이 서명,날인을 하여야 합니다.아래()의 경우,친권자(미성년
자)혹은 성년후견인(피성년후견인)혹은 법정상속자(사망)의 서명,날인이 필요합니다.

(성명): _____인

(주소): _____

(날짜): _____년____월____일

환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타()

*본 동의서는 서명일부터 6 개월까지 유효합니다

그 외에 만약 국가,지역,의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성할것을 요청할
경우, 작성하셔야 할수도 있습니다.