

## 調査に関わる同意書

私は、宇治市国民健康保険が、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、診療内容）を確認するため、私が宇治市国民健康保険に提出した申請書類を委託業者に提出し、委託業者が診療行為を行った者に照会を行い、宇治市国民健康保険が、委託業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。

令和      年      月      日

（治療開始日）

（被保険者証記号番号） 宇                      -

（受診者氏名）    印

（生年月日）

（住      所）

電話                      -