

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：岐阜市政府相关部门

本人（疗养接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市职员或贵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，本人也同意为核实情况，向贵市提示本人护照。

签名栏

须由接受治疗的被保险人本人签字。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。

（姓名） _____

（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。