

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization  
調査同意書  
조사동의서  
หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ

- 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- Starting date of medication Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_
- 治疗开始日期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 치료개시일 \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일
- วันเริ่มรับการรักษา วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

- 被保險者 (患者)  
(被保險者名) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_  
(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- Insured (Patient)  
(Name of the insured) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date of birth) Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

- 被保險者 (患者) Insured (Patient)  
(被保險者姓名 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

- ผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย)  
(ชื่อผู้เอาประกันภัย) \_\_\_\_\_  
(ที่อยู่) \_\_\_\_\_  
(วันเดือนปีเกิด) วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

清須市(区町村) 御中

私(療養を受けた者)、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、貴市(区町村)の職員あるいは、貴市(区町村)が委託(再々委託まで含む)した事業者である株式会社メディブレイン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、パスポートを貴市(区町村)に提示することも併せて同意します。

To: Kiyosu City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of house hold, \_\_\_\_\_ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors, including sub-subcontractors of Medibrain Inc. to refer and obtain 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 by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

致: Kiyosu 市(区、街道、村)政府相关部门

本人(療養接受人)\_\_\_\_\_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)株式会社 Medibrain 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。

Kiyosu 시구읍면 귀중:

본인(요양을 받은자)\_\_\_\_\_와 저의 세대주 \_\_\_\_\_는 시(구,읍,면) 직원 혹은

시(구,읍,면)가 위탁한 사업자인 주식회사 메디 브레인 이 해외요양바 신청서류에

기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당 요양기관에 조회를 하거나

해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 있어서 여권사본이 필요한 경우 시(구,읍,면)에 여권을 제시하는데

동의합니다.

เรียน ที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) Kiyosu

ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) \_\_\_\_\_ และ หัวหน้าครอบครัวของข้าพเจ้า

ขอยินยอมให้ พนักงานของที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)ของท่าน หรือ บริษัทจำกัด  
เมดิเบรน (Medibrain Inc.) ซึ่งได้รับมอบหมายจากที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)  
โดยดำเนินการสอบถามผู้ที่ให้การรักษา  
และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง(รวมถึงการมอบหมายต่อช  
วง) จากข้อมูลเอกสารคำร้องที่ยื่นมา  
เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอคำรักษาพยาบาลในต่างปร  
เทศ เช่น วันเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล  
สถานที่และรายละเอียดของการรักษาพยาบาล  
และในกรณีที่จำเป็นต้องใช้สำเนาหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้างต้น  
ก็จะยินยอมส่งมอบหนังสือเดินทางให้แก่เมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)

署名・押印欄  
Signature  
签名・盖章栏  
서명, 날인  
การลงนาม · ประทับตรา

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。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

须由接受治疗的被保险者本人签字・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。

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

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนามและประทับตรา  
อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ปกครอง (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) ,  
ผู้ปกครองผู้ใหญ่ (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง) ,  
ทายาทโดยธรรม (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต) จะเป็นผู้ลงนามและประทับตรา

(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) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other  
※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

(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。

(성명): \_\_\_\_\_인  
(주소): \_\_\_\_\_  
(날짜): \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일  
환자와의관계: 본인, 친권자, 법정상속자, 기타( \_\_\_\_\_ )  
\*본 동의서는 서명일부터 6개월까지 유효합니다

(ลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_  
(ที่อยู่) \_\_\_\_\_  
(วันที่) วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_  
(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง · ผู้ปกครอง · ทายาทโดยธรรม · อื่นๆ  
※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

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。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성할 것을 요청할 경우, 작성하셔야 할 수도 있습니다.

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร เช่น หนังสือยินยอม หรือ หนังสือมอบอำนาจ เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด