

## 調査に関わる同意書

หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ

- วันเริ่มรับการรักษา (治療開始日) ปี (年) \_\_\_\_\_ เดือน (月) \_\_\_\_\_ วันที่ (日) \_\_\_\_\_
- ผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย) (被保険者 (患者))  
ชื่อผู้เอาประกันภัย (被保険者名) \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ (住所) \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด (生年月日) ปี (年) \_\_\_\_\_ เดือน (月) \_\_\_\_\_ วันที่ (日) \_\_\_\_\_

เรียน ที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) Yokohama

ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) \_\_\_\_\_ และหัวหน้าครอบครัวของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

ขอยินยอมให้ พนักงานของที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) ของท่าน หรือ

ซึ่งได้รับมอบหมายจากที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)

โดยดำเนินการสอบถามจากผู้ที่ให้การรักษา รวมทั้งสอบถามจากหน่วยงานรัฐทั้งในและต่างประเทศ

และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จากข้อมูลเอกสารคำร้องที่ยื่นมา

เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอคำรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เช่น

วันเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล สถานที่และรายละเอียดของการรักษาพยาบาล

และในกรณีที่จะต้องใช้สำเนาหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ก็จะยินยอมส่งมอบหนังสือเดินทางให้แก่เมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)

横浜 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) が委託した事業者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。

### การลงนาม (署名欄)

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนาม อย่างไรก็ตาม ในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ปกครอง  
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) , ผู้ปกครองผู้ใหญ่ (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง) ,  
ทายาทโดยธรรม (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต) จะเป็นผู้ลงนาม

署名は、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) が署名して下さい。

(ลายมือชื่อ) (氏名) \_\_\_\_\_

(ที่อยู่) (住所) \_\_\_\_\_

(วันที่) (日付) ปี (年) \_\_\_\_\_ เดือน (月) \_\_\_\_\_ วันที่ (日) \_\_\_\_\_

(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง • ผู้ปกครอง • ทายาทโดยธรรม • อื่นๆ [ \_\_\_\_\_ ]

(患者との関係) : 本人 • 親権者 • 法定相続人 • その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม

(本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。)

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร เช่น หนังสือยินยอม  
หรือ หนังสือมอบอำนาจ เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด

(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、所定の書類に必要な  
事項を記載頂くことがあります。)