

## 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：柏市（区、街道、村）政府相关部门

本人（疗养接受人）\_\_\_\_\_及本人的户主\_\_\_\_\_，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方株式会社损害保险 Research、北京扶桑咨询管理有限责任公司、株式会社国际事务中心、以及 Gowell 株式会社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。

### 签名·盖章栏

须由接受治疗的被保险人本人签字·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。

(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。