

Agreement of Authorization

• Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

(生年月日) 年 月 日

(Date of birth) Year_____Month_____Day_____

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、パスポートを日本M&Aセンターグループ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

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

署名欄
Signature

署名は、療養を受けた本人が行ってください。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）が署名してください。

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.

(氏名) _____

(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 [_____]

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

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。

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.