

Agreement of Authorization

Also, I agree to submit a photocopy of my passport to Direct Marketing MiX HEALTH INSURANCE ASSOCIATION if it is necessary along verification process written above.

・治療開始日 (Starting date of medication)

年(Year) 月(Month) 日(Day)

•患者

患者名 (Name of patient) _____

住所(Address)

生年月日 (Date of birth) 年 (Year) 月 (Month) 日 (Day)

署名欄

Signature

署名・押印は、治療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・押印してください。

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 (Signature) _____

住所 (Address) _____

日付 (Date) _____ 年 (Year) _____ 月 (Month) _____ 日 (Day)

患者との関係 (Relation to the insured)

: 本人 (Staff) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other) [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

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いただくことがあります。

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