

同意書

※治療を受けた医療機関名をご記入ください

主治医殿

私(患者さま)の傷病について兵庫県土建一般労働組合および損害保険ジャパン日本興亜の社員、またはその委託を受けた者が、医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。

なお、本状は私(患者さま)の保険金の請求および支払に関する一切の手続きが終了もしくは請求を取り下げた時点で効力を失うものとします。

記

1. 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸し出しを受けること、および資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。

(1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・カルテ・看護記録などの診療情報資料

(2) レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料

(3) 上記医療機関の処方箋により療養給付を行う調剤薬局発行の調剤薬局明細書

2. 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容、検査結果、既往症・病歴、治療見込み、就労の可否等の説明を受けること。

3. 私の傷病の治療歴、事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。

以上

記入日

※ご記入日を西暦でお書きください。

20

年

月

日



お願い

おケガまたはご病気をされた方がご署名・ご捺印ください。

おケガまたはご病気をされた方が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

おケガまたはご病気をされた日	20	年	月	日
同意人	氏名			
	住所	都	道	
		府	県	
患者さま	患者さまとの関係	本人	親権者	その他 ()
	氏名	(同意人と同じ)		
	住所	都	道	
		府	県	
	生年月日	年	月	日生