福祉共済（傷害・一般）用

同　意　書

２０　　年　　月　　日

医療機関名：　　御中

主　治　医　　様

私は、貴台が市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会及びその委託を受けたものに対して、以下に記載する事項を行うことについて同意します。

① 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
② 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を手交すること。
③ 私の傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを手交すること。

市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会　御中

私は貴会またはその委託を受けた者が、上記医療機関に対し私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することについて同意します。

<table>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">傷病者氏名</td><td>㊞</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td>（ 西暦 ）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">診察券番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">傷病者との関係</td><td>☐ 親権者</td><td>㊞</td></tr>
<tr><td rowspan="2">☐ その他</td><td>関係</td></tr>
<tr><td></td><td>㊞</td></tr>
</table>

（10.11 改）

○　**太枠線内には、傷病者ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。**

※傷病者が**未成年の場合**は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、親権者欄に「レ」点を記し、親権者のご署名・ご捺印をお願いいたします。
※傷病者ご本人が、事情によりご本人にて記載できないため関係者が記載される場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、その他欄に「レ」点を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。