

# 同意書

年 月 日

医療機関名： 御中

主治医様

私は、貴方様がU Aゼンセン福祉共済互助会またはその指定するもの（U Aゼンセン福祉共済互助会と保険契約を締結している東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者等）に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに私の被った損害の額または共済金及び保険金の適正な算定等のために、以下に記載する事項を行なうことについて同意します。

- ① 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
- ② 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。
- ③ 私の傷病に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供すること。

U Aゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険㈱ 御中

私は貴社または貴社が指定する者が、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。

|               |                   |                                                               |
|---------------|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| 住 所           |                   |                                                               |
| 傷病者氏名<br>(署名) | ⑩                 |                                                               |
| 生年月日          | ( 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日 |                                                               |
| 傷病者が署名できない場合  | 関 係               | <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|               | 氏 名<br>(署名)       | ⑩                                                             |

○ 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」点と関係を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。