

同意書

年 月 日

医療機関名： 御中

主治医 殿

私は、全日本火災共済協同組合連合会（略称「日火連」）またはその指名する者が、共済金の適正な支払のために必要な範囲内で医療情報を取得するにあたり、貴殿が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。

以上

住 所	
氏 名	印
生年月日	
診察券番号	

*本人が意思表示できない場合は代理人、未成年者の場合は親権者が以下の項目についてもご記入ください。

住 所	
氏 名	印
本人との関係	