医療特約・トータルがん・シンプルがん

同意書(医療機関等照会用)

医療機関名：　　御中

２０　　年　　月　　日

主　治　医　　様

私は、貴方様が市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会（以下「全国連」）またはその指名する者（全国連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名する者等）に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに以下に記載する傷病者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うことについて同意します。

① 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 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 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（診療記録・検査資料の撮影を含む）を提供すること。

市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国連・東京海上日動火災保険㈱ 宛

１．私は貴社または貴社が指名する者が、上記医療機関に対し以下に記載する傷病者の傷病に関する照会を行うにあたって、以下に記載する傷病者の個人情報を提供することについて同意します。
２．私は貴社またはその指名する者が、共済契約及び保険契約の存続および保険金の支払いをするために必要な範囲で、以下に記載する傷病者の傷病に関する治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書･診療報酬明細書等の医療情報を取得･利用することに同意します。

【傷病者情報欄】

住　所	〒
氏　名	
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日

【同意人欄】

傷病者ご本人が同意人となります。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、親権者が同意人としてご署名・ご捺印をお願いいたします。
※傷病者ご本人が事情により記載できないために関係者が同意人として記載される場合は、「傷病者との関係」欄に続柄を記載の上、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

住　所	〒
氏　名	↓必ずご捺印ください。 印
傷病者との関係	□ 本人　□ 親権者　□ 相続人(または死亡保険金受取人) □ その他（　　）

（１３．４改）