

同意書

ご記入日令和 年 月 日

御中

私は、鹿児島県火災共済協同組合または同組合の指名する者等が、共済金の適正な支払のために必要な範囲内で医療情報（事故に関する書類を含む。）を取得するに当たり、貴殿が以下の事項を行な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。
- ④事故に関する保険金の支払い書類の提供をすること。

以上

住所	
氏名	印
生年月日	
診察券番号	

* 上記負傷者が未成年の場合は、親権者にて下欄をご記入ください。

住所	
氏名	印
本人との関係	