

# 同意書 (医療機関等照会用) ご返送

本同意書は病院へ提出する書類ではありません。太枠【1】～【3】を全て記入し、保険会社へ提出してください。

【1】

医療機関名： \_\_\_\_\_ 御中

主治医 様

私は、貴方様が、東京海上日動火災保険株式会社またはその指名する者に対して、保険契約の存続ならびに傷病者が被った損害の額または保険金の適正な算定等のために、傷病者に関する以下の①～③の提供または説明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(診療記録・検査資料の撮影を含みます。)を提供すること。

## 東京海上日動火災保険株式会社 宛

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傷病者の傷病に関する照会を行うにあたって、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】

### 傷病者情報欄

住所	〒 _____
フリガナ	_____
氏名	_____ 様
生年月日	____年 ____月 ____日生

【3】

### 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・ご捺印をお願いいたします。

▶ 傷病者が未成年の場合は、親権者の方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」欄に続柄を記載のうえ、関係者のご署名・ご捺印をお願いします。

記入日	____年 ____月 ____日
住所	<input type="checkbox"/> 傷病者に同じ 〒 _____
フリガナ	_____
氏名	_____
傷病者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 (または死亡保険金受取人) <input type="checkbox"/> その他( _____ )

必ずご捺印ください。



# 同意書 (医療機関等照会用)

## 《記入例》

・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。  
・ご記入内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。

### 同意書 (医療機関等照会用) ご返送

本同意書は病院へ提出する書類ではありません。太枠【1】～【3】を全て記入し、保険会社へ提出してください。

【1】

医療機関名： ○○総合医療センター病院

御中

主治医 様

私は、貴方様が、東京海上日動火災保険株式会社またはその指名する者に対して、保険契約の存続ならびに傷病者が被った損害の額または保険金の適正な算定等のために、傷病者に関する以下の①～③の提供または説明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(診療記録・検査資料の撮影を含みます。)を提供すること。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

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傷病者の傷病に関する照会を行うにあたって、傷病者の個人情報を提供することについて同意します。

●必ず記入してください

【2】

傷病者情報欄

〒	123-4567
住所	東京都千代田区丸の内□-□-□
フリガナ	アンシン ジロウ
氏名	安心 次郎
生年月日	△△△△年 4月 20日生

●おかげ、ご病気をされた方について必ず記入してください。

【3】

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・ご捺印をお願いいたします。

▶ 傷病者が未成年の場合は、親権者の方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」欄に続柄を記載のうえ、関係者のご署名・ご捺印をお願いします。

記入日	○×○×年 7月 25日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病者に同じ 〒 -
フリガナ	アンシン ジロウ
氏名	安心 次郎
傷病者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 (または死亡保険金受取人) <input type="checkbox"/> その他( )

必ずご捺印ください。

●必ず「✓」を記入してください。