

個人情報取扱についての同意書

△△市立大学病院	御中
◎◎整形外科	御中
	御中

1枚の様式で3つまでの医療機関が連記できます。

私は、〇〇年〇〇月〇〇日発生^①の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人 全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

記

- 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
- 以下の資料の交付・貸し出し(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。

- 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報
- レントゲンフィルムなどの検査資料

記入もれのないようお願いします。
請求日と同じ日付を記入してください。
(西暦・和暦の表記方法は問いません)

・ 同意日 2019 年 5 月 20 日

・ 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

・ 氏名 愛知 太郎

患者(被共済者)様との関係[本人・配偶者・**親権者**・法定相続人・その他]

怪我(病気)された方がお子様の場合は、
親権者のお名前を記入してください。

共済金請求書のご請求者と同じ
氏名であるか確認してください。

(注)同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 愛知 二郎

生年月日 〇〇年 〇月 〇〇日

未成年者の氏名・生年月日は
こちらに記入してください。

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

- 共済金請求の際は、この様式を必ず提出してください。
- 個人情報の取扱いについての同意書は、医療機関が作成するものではなく、ご請求者様が作成してください。