

個人情報の取扱いについての同意書

△△

病院 接骨院 御中

私は、28年4月20日発生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

1. 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。
2. 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。

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

・ 同意日 平成 28 年 5 月 20 日

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。

・ 住所 ○○市○○町○○番地

怪我(病気)された方がお子様の場合は、保護者(お父様・お母様等)のお名前を記入願います。

・ 氏名 尾張 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

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 ○○市○○町○○番地

氏名 尾張 一平

未成年者の氏名・生年月日は
こちらに記入してください。

生年月日 明治・大正・昭和・平成 ○○年 ○月 ○日生

<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、
範囲に限

- ・ 共済金請求の際は、この様式を必ず提出してください。
- ・ 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。
- ・ 1つの医療機関(病院・接骨院)を受診したら、1枚必要となります。よって、複数の医療機関を受診した場合、医療機関の数だけ必要となります。