

「承諾書」 ご記入例

診療内容について、全労済より直接医療機関に照会する場合に必要となりますので、必ずご提出ください。

主治医 殿

全労済提出用

承諾書

私は、全労済もしくは全労済が委託した者が、共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認のため、下記の事項を行うことを承諾します。

また、本承諾書持参の全労済もしくは全労済が委託した者に傷病内容、保険契約の内容(発効日、告知日、告知内容)および事故状況や治療経過等を開示することについても承諾いたします。

医師(医療機関)におかれましては、本承諾書を提示した全労済もしくは全労済が委託した者からの照会に応じ、説明・回答等にご協力くださいますようお願いいたします。

なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。

記

1. 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等の照会依頼および回答受理。
2. 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
3. X-P、CT、MRI、その他検査結果およびカルテ等の借用。また、これらの写しの交付依頼および受理。

以上

承諾日 2006 年 7 月 15 日

患者(承諾者)	氏名	労済 花子 (労済)	生年月日	大正・昭和・平成・西暦 41 年 7 月
	住所	東京都 渋谷区 代々木 XXX-XX		

<ご注意> 承諾者は患者様ご自身となります。

なお、患者様が未成年者もしくはご自身で記入ができません場合は、つぎの承諾者欄に、患者様に代わって承諾される方(契約者または親権者)の*承諾者氏名・押印をお願いいたします。

*承諾者氏名 () 患者との続柄 ()

留意事項

- (1) この承諾書は、全労済が必要に応じて治療・検査等を受けていた医療機関に対して確認を行うことを予め、患者(被共済者)様または契約者等にご承諾いただくためのものです。
- (2) この承諾書は、全労済が必要に応じて病院等に提出するものですので、全労済にご提出ください。

この承諾書の記入にあたっての承諾者について

- ・死亡以外の請求の承諾者は、被共済者(患者)ご本人です。
- ・患者(被共済者)が未成年の場合は、親権者、未成年後見人、同一生計の家族の順です。
- ・死亡請求の場合は、共済金受取人です。
- ・重度障害の請求で、被共済者に判断能力がない場合は、成年後見人、同居の2親等以内の家族の順です。

患者名(被共済者名)が改姓されている場合は、併記してください。

患者名と承諾者名が異なる場合は、患者(被共済者)との関係をご記入ください。承諾者については、下欄をご参照ください。