

個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書

【被共済者記入欄】

記入例

- 私は、本件共済金請求にあたり、私()の診療経過、既往症、後遺障害等。以()が取得することに同意します。
- 私は、貴会もしくは貴会が委託した者()の範囲に限り、以下の事項を行う()力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項
 - 私の要配慮個人情報を第三者()に提供すること
 - 私の要配慮個人情報を利用すること

必ずご記入ください


被共済者(患者様)が、日付、氏名、生年月日、住所をご記入いただき、押印ください。

<留意点>
被共済者(患者様)が、未成年者や成年被後見人、または、お亡くなりになっている場合は、法定代理人または共済金受取人様をご記入ください。その場合、印は不要です。

以下に該当する場合のみ、ご記入ください

被共済者(患者様)が未成年や成年被後見人、またはお亡くなりになっている場合で、法定代理人または共済金受取人様が被共済者欄に署名・押印した場合、その方の氏名、被共済者との続柄をご記入および押印をお願いします。

<例> 共済金受取人である被共済者の配偶者(太郎)が署名・押印した場合

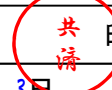
承諾者 氏名 _____ 共済 太郎 

被共済者との続柄(_____) 配偶者

関係者に対して行
内容、他の保険会社や
写しの交付依頼および
無、契約状況および傷

病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会し、回答を受理すること。

2023年 3月 25日

被共済者 (患者様/承諾者)	氏 名	共済 花子	
	生年月日	1960年 3月 3日	
	住 所	東京都渋谷区代々木2-12-10	

承諾者(被共済者の法定代理人または共済金受取人等で署名捺印する場合)

承諾者 氏名 _____ 印

被共済者との続柄 _____

以下に該当する場合のみ、ご記入ください

- 被共済者(患者様)が未成年や成年被後見人、またはお亡くなりになっている場合
- 被共済者(患者様)が未成年や成年被後見人、またはお亡くなりになっている場合は、被共済者(患者様)の法定代理人または共済金受取人様が署名・押印をお願いします。

契約者と被共済者(患者様)が異なる場合、日付、契約者の氏名、生年月日をご記入のうえ、押印ください。

<例> 契約者が被共済者の配偶者(太郎)の場合

2023年 3月 25日

契約者	氏 名	共済 太郎	
	生年月日	1958年 1月 1日	

【契約者記入欄】

私は、貴会が共済金請求団体、その他関係書類の開示を承諾します。

_____年 _____月 _____日

契約者	氏 名	_____	印
	生年月日	_____年 _____月 _____日	

■契約者の方が署名・押印してください。