

同意書

主治医様

患者住所

患者氏名

印

生年月日

年

月

日

全私教共済が給付審査の必要上、上記の者の症状、治療内容、既往病歴等について、全私教共済または同共済が委嘱する者より本書をもって貴殿に対し照会がありましたときは、ご腹藏なくご説明いただくことに同意しますので、よろしくご依頼申し上げます。

なお、診断書または証明書の作成をお願いした際にはお手数ですが、ご発行くださるよう併せてお願い申し上げます。

年 月 日

※住所

※氏名

印

※患者との続柄

- (注意) 1. ※印は患者以外が記入する場合必要です。(患者が未成年、死亡等の場合)
2. この同意書は患者が記入するものです。給付申請書と一緒に各県私教連・組へ提出して下さい。(病院へ提出する必要はありません。)