

同 意 書

主 治 医 様

患者住所	
患者氏名	
生年月日	年 月 日

全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、全教共済または同団体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。

※ 記入日	年 月 日
※ 住 所	<input type="checkbox"/> 患者に同じ
※ 氏 名	印
※ 患者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()

- (注意)
- ※印は患者が成人の場合は、患者本人が記入してください。患者が未成年の場合は、共済契約者(加入者本人)が記入してください。
 - この「同意書」は、給付申請書と一緒に共済会へ提出してください。(病院へ提出する必要はありません。)
 - 太枠内の項目すべてに記入、押印してください。