※病院へ提出しないでください。

B-3

全教共済

同　　意　　書

・この「同意書」は、1と2両欄記入の上、給付申請書と一緒に共済会へ提出してください。

主治医　様

全教共済が給付審査の必要上、下記の患者の症状、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、ご腹蔵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。また、本同意書のコピーも同等の効力があるものと認めます。

なお、診断書または証明書等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。

1. 患者欄

患者住所	
患者氏名	
患者生年月日	年　　月　　日

2. 同意人欄　※患者が成人の場合、同意人欄は患者本人がご記入・ご捺印ください。

・患者が未成年者の場合は親権者の方がご記入・ご捺印ください。
・患者が事情により記載できない場合には､関係者の方がご記入・ご捺印ください。

記入日	年　　月　　日
住　所	□患者に同じ
氏　名	印
患者との続柄	□本人　□親権者 □その他（　　）

2023. 12改訂