



同意書

・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。※病院へ提出しないでください。

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。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、同意人は患者本人です。

- ・患者が未成年者の場合は親権者の方が記入してください。
- ・また、患者本人が事情により記載できないために、関係者が同意人として記入する場合には、「患者との続柄」欄にチェックのうえ、関係者の署名・捺印をお願いします。

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()