

個人情報の取扱いについての同意書

〇〇整形外科 御中
御中
御中

この様式は請求の必須書類です。
医療機関(医師)ではなくご請求者様が
作成してください。

私は、令和 5 年 8 月 7 日発生の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人
全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なう
ことに同意します。

記

- 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
- 以下の資料の交付・貸し出し（複写による提供を含む）を受けること、また資料の複写やデジタル
カメラによる撮影を行なうこと。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 令和 5 年 9 月 15 日
・ 住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

・同意日は請求日と同じ日を記
入してください。
・被共済者が未成年の場合は親
権者の名前をご記入ください。

・ 氏 名 音羽 達也 印

・自署の場合でも必ず押印願
います。

患者（被共済者）様との関係 [本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他（ ）]

（注）同意された方が患者（被共済者）様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者（被共済者）様の

住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇
氏 名 音羽 翔太
生年月日 (昭和 平成 令和) 25 年 5 月 15 日 生

<個人情報の取り扱いについて>
本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲
に限定します。