同　　意　　書

医療機関　マッターホルンリハビリテーション病院

医　　師　白　川　泰　山　　殿

私は、　年　　月　　日の事故等により個人情報を保護することを念頭において貴医療機関で診療及び治療を受けるにあたり、損害保険会社等からの照会に対し、下記に掲げる私の診療情報に関する情報及び書類等を損害保険会社等に提供及び説明することに同意いたします。

記

１・自賠責用診断書
２・診療報酬明細書（レセプト）
３・病状及び経過の説明（情報提供）
４・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

本人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（自署または押印）

（本人が意識不明、未成年者等で記載ができない場合は、代理人の記載をお願いします。）

代理人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（自署または押印）

本人との関係　・配偶者　　・親権者　　・法定相続人

・その他〔　　〕