

# セカンドオピニオン外来 ( 承 諾 書 )

平成 年 月 日

国家公務員共済組合連合会

新小倉病院長 渋谷 恒文 殿

( 本 人 ) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

( 親 族 ) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
本人との続柄 [ \_\_\_\_\_ ]  
※一親等以内の親族

私の診断や治療に関し、上記「親族」に対して、下記事項を取得・利用することに承諾致します。

## 記

1. 診察・検査・施術の内容・結果、治療の内容、症状の経過、既往傷病歴、医師の判断・見解、診療費用、その他上記本人に係る事項。
2. 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・施術明細書・医証等の発行・交付。
3. レントゲンフィルム等検査資料・記録の貸出、またはレントゲンフィルム等のコピーの受領。

## ※添付書類

一親等以内であることを証明する書類

(書類・・・住民票、戸籍謄本、扶養親族の場合は保険者証の写し 等)

親族の方の身分証明 (当日来院者)

(書類・・・運転免許証の写し、保険者証の写し 等)