

個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書

【被共済者記入欄】

- 私は、本件共済金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報(傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。)を全国労働者共済生活協同組合連合会(以下、貴会)が取得することに同意します。
- 私は、貴会もしくは貴会が委託した者が、共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報を第三者(契約者を含みます。以下同じです)から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項の照会および回答受理。
 - 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-P、CT、MRI その他検査結果およびカルテ等の借用。または、これらの写しの交付依頼および受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険(共済)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会し、回答を受理すること。

年 月 日

被共済者 (患者様 / 承諾者)	氏 名	印
	生年月日	年 月 日
	住 所	

承諾者(被共済者の法定代理人または共済金受取人等で署名捺印する場合)

承諾者 氏名 _____ 印
被共済者との続柄()

■被共済者(患者様)が署名・押印してください。

■被共済者(患者様)が未成年者や成年被後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、被共済者(患者様)の法定代理人または共済金受取人様が被共済者氏名および承諾者氏名の署名・押印をお願いします。

【契約者記入欄】※契約者と被共済者が異なる場合のみご記入ください。

私は、貴会が共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する保険(共済)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会をすること、および回答を受理することについて同意します。

年 月 日

契約者	氏 名	印
	生年月日	年 月 日

■契約者の方が署名・押印してください。