

同意書

ご注意

●点線○の選択項目は、該当項目を○で囲んでください。

- 通院先の「医療機関名」をご記入ください。
- 同意書は医療機関ごとに必要になります。

- 事故にあわれた日、患者さま（おケガをされた方）の「氏名」、「住所」、「生年月日」をご記入ください。

- この同意書をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

- おケガをされたご本人の氏名、住所をご記入ください。
おケガをされた方が未成年の場合は親権者の氏名、住所をご記入ください。
- 入院等、ご本人がご署名・ご捺印できない事情がある場合は、SOMPOダイレクト担当者までご相談ください。
- 患者さま（おケガをされた方）と同意人の関係を、選択項目から選択してください。

SOMPOダイレクト損害保険株式会社
同意書

ご記入ガイドをご確認ください。本枠内の欄所をご記入ください。
ご記入ガイドは、枠外右のQRコードよりご確認ください。
●保険金のお支払いに際し、SOMPOダイレクトが診断書、診療報酬明細書の交付や診断、診療内容、検査結果の説明を受ける場合に必要になります。
●同意書は医療機関ごとに必要になります。

ご記入前にご確認ください。

※治療を受けた医療機関名をご記入ください。

ソンポ中央病院 主治医殿

事故にあわれた日 2019年2月20日

患者さま

氏名 ソンポ 太郎
住所 東京都豊島区東池袋3-1-1
生年月日 1982年9月22日生

私（患者さま）の傷病についてSOMPOダイレクト損害保険株式会社の社員、またはその委託を受けた者が、医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。
なお、本状は私（患者さま）の保険金の請求および支払いに関する一切の手続きが終了、もしくは請求を取り下げた時点で効力を失うものとします。

記

1. 医師または医療機関から以下の資料を交付・貸し出しを受けること、および資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
(1) 診断書・診療報酬明細書・術後証明書などの診療情報資料
(2) レントゲン写真・CT・MR Iなどの検査資料
(3) 上記医療機関の処方箋により療養給付を行う調剤薬局発行の調剤薬局明細書
2. 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容、検査結果、既往症・病歴、治療見込み、就労の可否等、の説明を受けること。
3. 私の傷病の治療歴、事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。
4. なお、本同意書の複写も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

以上

記入日 ※ご記入日を西暦でお書きください。 2019年2月26日

①お預け おケガをされた方がご署名・ご捺印ください。
おケガをされた方が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

同意人

氏名 ソンポ 太郎
住所 東京 (都) 豊島区東池袋 3-1-1
患者さまとの関係 (本人) (親権者) (その他) ()

SOMPOダイレクト損害保険株式会社

