

所属の市区町村等子連に提出願います。

### 個人情報の取扱いについての同意書

大塚整形外科 御中

御中

御中

事故日を記入してください。

私は、令和 ○ 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」は本用紙を記入した日付を記入してください。

同意日 令和 ○ 年 9 月 15 日

住所 子ども県文京市大塚町1-10

ケガ(病気)をされた方が18歳未満の場合は、親権者のお名前を記入してください。

氏名 音羽 達也

印

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（ ）]

病院等への照会する場合に必要な書類ですので、自署の場合でも必ず押印願います。

(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

患者（被共済者）様の

住所 子ども県文京市大塚町1-10

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。