同　意　書

年　　　月　　　日

地方公務員災害補償基金

北海道支部長　様

住　　所

氏　　名

※ 自署または記名押印

生年月日　　　　年　　　月　　　日

所　　属

私が　　年　　月　　日付けで行った公務災害の認定請求に関して、地方公務員災害補償基金（以下「基金」という。）が公務（通勤）災害の認定又は補償等の実施等を行うに当たり、基金及び基金から依頼を受けた私の任命権者（所属団体）が、地方公務員災害補償法第60条第１項の規定に基づき、関係機関等から、私に関する次の個人情報の提供を受けることについて同意します。

記

１　診療録、看護記録、処方箋、各種検査結果（Ｘ線、ＣＴ、ＭＲＩ画像等を含む）及び主治医等の意見、レセプト

２　共済組合又は健康保険組合が保有する診療報酬明細書（レセプト）

３　その他認定及び補償等の実施等に必要な事項（災害発生状況に係る資料等）

なお、本同意書は、その写しも有効と認めます。

以　上