

# 保険金支払に必要な医療情報の提供に関する同意書

対象の医療機関名をご記入ください	
御中	

(同意者→AIG損保→医療機関)

※同意書1枚につき1つの医療機関名をご記入ください。受診された医療機関が複数ある場合は、追加で提出をお願いする場合があります。

記入日	年 月 日		
同意者	住所		
	氏名(自署)		
	対象者(患者)との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 親権者 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 法定相続人 <input type="radio"/> その他 (                      )	
対象者(患者)	生年月日	年 月 日	
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です	
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です	

年 月 日	に発生したケガまたは病気について
-------	------------------

AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下のものの交付・貸出(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うこと。
  - ✓ 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
  - ✓ レントゲンフィルムなどの検査資料
  - ✓ カルテなどの診察記録

## 記入例

⚠ 医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

### ① 医療機関名について

同意書1枚につき1つの医療機関名をご記入ください。受診された医療機関が複数ある場合は、保険金支払担当者から指定された医療機関名をご記入ください。指定がない場合は、最初に受診された医療機関名をご記入ください。

対象の医療機関名をご記入ください		
○ ○ 総合病院      御中		
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸 X-X-201
	氏名(自署)	永合 太郎
	対象者(患者)との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 親権者 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 法定相続人 <input type="radio"/> その他 (                      )
対象者(患者)	生年月日	19XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です

忘れずに押印してください。

### ③ 年月日について

ケガの場合は受傷日(事故日)を、病気の場合は入院開始日(入院がない場合は手術日)をご記入ください。

20XX年 9月 1日	に発生したケガまたは病気について
-------------	------------------

AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下のものの交付・貸出(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うこと。
  - ✓ 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
  - ✓ レントゲンフィルムなどの検査資料
  - ✓ カルテなどの診察記録

### ② 同意者について

- 1) 対象者(患者)が成年の場合は、原則として対象者(患者)ご本人が「同意」してください。
- 2) 対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が「同意」してください。
- 3) 事情により対象者(患者)ご本人または親権者が同意者になれない場合は、法定代理人または法定相続人の方が「同意」してください。
- 4) 法人は同意者にはなりません。(ただし、法人が後見人の場合は可)



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--