

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)

※医療機関ごとに必要な書類であるため、受診先が複数の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	
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他()
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 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 に発生した事故または疾病について、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①②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。
 - ① 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
 - ② レントゲンフィルムなどの検査資料

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 対象者(患者)ご本人(※1)が同意者となる場合

対象の医療機関名をご記入ください	
〇〇 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 永合 太郎
	対象者(患者)との関係 本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他()
対象者(患者)	生年月日 大正・昭和・平成・令和 XX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。

※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。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

② 対象者(患者)以外の方(※2)が同意者となる場合 (母:永合 花子、子:永合 一郎の場合)

対象の医療機関名をご記入ください	
〇〇 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 永合 花子
	対象者(患者)との関係 本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他()
対象者(患者)	生年月日 大正・昭和・平成・令和 XX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 永合 一郎

忘れずに押印してください。

※2)対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が同意者となります。また、その他事情により対象者(患者)ご本人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者となります。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

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

