

本書は、被保険者(=患者)様の親権者もしくは未成年後見人様がすべてご記入・ご捺印下さい。

## ＜ご記入上の注意＞

- ①本書は、被保険者(=患者)様の親権者もしくは未成年後見人様がすべてご記入・ご捺印下さい。
- ②(ボール)ペンで全事項を記入し、スタンプ印以外の印で捺印下さい。
- ③記入内容の訂正は二重線を引き、その上に捺印して訂正下さい。なお、印刷部分の変更は認められません。

発病日・受診日、初診日、治療日、治療期間、傷病原因、症状、合併症、治療・検査・寛解などの診療内容および既往症歴、既往症の初診日、治療日、治療期間などに関して、診療録(カルテ)、診療報酬明細書(レセプト)、検査画像や診断等の開示や診断書などの各種証明書類の交付を受ける事および各種証明書類の作成を希望し同意を頂く事は可能です。ただし、本書の捺印は同意しなくても構いません。

被保険者(=患者)様の＜住所＞＜氏名＞＜氏名フリガナ＞＜生年月日＞をご記入ください。



## 【被保険者】

(=患者)

(1)住所 神奈川県横浜市西区みなとみらい

19-55-8 桜木マンション203

(2)氏名 東京 進次郎

(3)氏名フリガナ トウキョウ シンジロウ

(4)生年月日 2001年 1月 31日生

【同意人】とは被保険者(=患者)様の情報の開示を許可する方になります。

被保険者様が未成年ですので、親権者もしくは後見人様がすべてご記入・ご捺印下さい。



## 【同意人】

(5)住所 神奈川県横浜市西区みなとみらい

19-55-8 桜木マンション203

(6)氏名 東京 太郎

東京

(7)生年月日 1980年 12月 31日生

(8)上記被保険者(=患者)との関係 親権者 その他→

(9)記入日 2013年 6月 9日