

# 同意書

病院主治医様

平成 年 月 日 病院でかかった保険診療に関し、兵庫県  
運輸業健康保険組合が下記事項について照会をすることに同意します。

なお、本状につきましては複写でも同じ効力があるものと認めます。

## 記

- 私の傷病の原因・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うこと。
  - （１）診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
  - （２）レントゲンフィルムなどの検査資料

平成 年 月 日

記号 番号

住所

氏名

# 同意書

---

に関し、兵庫県運

輸業健康保険組合が下記事項について照会をすることに同意します。

なお、本状につきましては複写でも同じ効力があるものと認めます。

記

平成 年 月 日

記号 番号

住所

氏名