

同 意 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 様

住 所

氏 名

生年月日

所 属

※ 上記被災職員に係る事項は、自筆の署名によること

私が、 年 月 日付けで行った公務（通勤）災害の認定請求（災害発生日： 年 月 日、認定請求傷病名： ）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、私に関する下記の個人情報の提供を受けることについて同意いたします。

記

- 1 診療録、各種検査結果（レントゲン写真、CT・MRI 画像等を含む。）及び主治医等の意見
- 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