

# 同意書

主治医殿

傷病者住所

---

フリガナ  
傷病者氏名

---

生年月日

年 月 日

---

日本医労連共済が給付審査の必要上、上記傷病者の症状、治療内容、病歴等について照会することを同意します。なお、本書のコピーも本書と同等の効力があると認めます。

※同意年月日

年 月 日

---

※同意者住所

---

---

※同意者氏名

印

---

※傷病者との続柄

(同意者が傷病者と違う場合のみ記載)

---