同　　　意　　　書

　　年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金長野県支部長　殿

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

生年月日

所　　属

　私が　　　　年　　月　　日付けで請求した公務（通勤）災害に関して、地方公務員災害補償基金（以下「基金」という。）が認定、補償又は福祉事業を実施するに当たり、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、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。）及び主治医及び専門医の意見

２　共済組合等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。