

# 同意書

年 月 日

地方公務員災害補償基金  
北海道支部長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※ 自署または記名押印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 属 \_\_\_\_\_

私が 年 月 日付けで行った公務災害の認定請求に関して、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、私に関する次の個人情報の提供を受けることについて同意します。

## 記

- 1 診療録、看護記録、処方箋、各種検査結果（X線、CT、MRI画像等を含む）及び主治医等の意見、レセプト
- 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