

同 意 書

年 月 日付で地方公務員災害補償基金熊本県支部に対して行った
ふ り が な
【被災職員氏名： 】にかかる公務(通勤)災害認定請求に関して、同支部が地方公務員災害補償法第 60 条の規定に基づき認定等審査のため、下記の調査等を行うことに同意します。

記

- 一 私が現在治療を行っている医療機関及び過去に治療を行った医療機関に対して行う検査所見の確認及び診療内容等の調査について
- 一 私が現在治療を行っている医療機関及び過去に治療を行った医療機関に対して行う診療記録(写)及び検査フィルム等の医学的資料の貸与について
- 一 私が治療を行った既往歴に係る調査について
- 一 私が過去に受診した定期健康診断結果等の調査について

令和 年 月 日

住所: _____

氏名: _____

(自署又は記名押印)