同 意 書

院長 殿

私は交通事故による受診の際、保険会社_____への強制保険及び任意保険の一括請求に際して、必要な病状に関する診断書及び診療報酬明細書を貴院から保険会社へ直接提出することに同意いたします。

平成 年 月 日

【氏 名】_____

(明治・大正・昭和・平成 年 月 日生)

【住 所】〒

【電話番号】_____ () _____

〔代理人氏名〕_____

〔代理人住所〕〒

〔患者様との関係：配偶者・親権者・その他()〕

(注) 同意人が患者ご本人の場合は上記の記入は不要です。