

同意書

〇〇年〇月〇日

↑
認定請求書の請求年月日と一致させること

地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿

住 所 〇〇市〇〇1丁目〇〇番地

氏 名 基金 太郎 印

生年月日 〇〇年〇月〇日

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係

認定請求書の請求年月日と一致させること

私が ↓ 〇〇年〇月〇日付けで行った公務（通勤）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、私に関する下記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、各種検査結果（レントゲン写真、CT・MRI画像等を含む。）
及び主治医の意見
- 2 共済組合又は健康保険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