

同 意 書

年 月 日

長野県市町村総合事務組合管理者 様

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、長野県市町村総合事務組合（以下「組合」という。）が認定、補償又は福祉事業を実施するに当たり、組合及び組合から依頼を受けた私の任命権者（所属団体）が、市町村非常勤職員公務災害補償条例第 20 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 全国健康保険協会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。