

被災職員の基礎疾患の有無や療養経過等についての確認を行うため、共済組合や受診医療機関から診療録・各種検査結果を取り寄せたり、主治医から意見を求める必要がある場合に提出してもらいます。

## 同 意 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 〇 〇 〇 〇

被災職員との続柄 本人

(※ 自署又は記名押印)

私が、令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで行った次の公務災害（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。）が公務災害（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被災職員の任命権者が、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、被災職員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 被災職員 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏 名 〇〇〇〇  
生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生  
所属（被災時） 〇〇

### 2 個人情報

- 診療録、各種検査結果（レントゲン写真、CT・MRI画像等を含む。）及び主治医等の意見
- 共済組合、健康保険組合等が保有する診療報酬明細書・調剤報酬明細書（レセプト）
- 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。