（府様式第８号－１）

**証　 明 　書**

**（大阪府こども会安全共済会）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷　病　者 | ふりがな氏　　名 | 男・女（お願い）この証明書は必ず担当医師が記入して下さい。太枠内のみ、こども会関係者、ご本人が記入しても構いません。　　　　　太枠の他に担当医師以外の方が記入・訂正・加筆され場合には、申請は無効といたします。生年月日 ／ 　　　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 　〒　　　　　　　　　　　℡ |
| 傷　病　名 | 　 |
| ●傷病・後遺障害の状況、また転院されている経緯なども含めて、詳しくご記入下さい。 |
| ●固定具等使用の場合は必ずご記入下さい。（固定具名）　　　　　　　 　　　（使用期間）　　　　　　　　　　 　　 （患者による着脱）　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　　可・不可　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　　可・不可　 |
| 初診 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | ※治癒日　　　　　年　　月　　日 |
| 通院 | 　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　通院実日数（　　　　日間） |
| 入院 | 　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　日間） |

上記のとおり証明します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関所在地及び名称

氏　名

**※治癒日は必ず記入し下さい。（「○月ごろ、初め、下旬、末」などは不可です。）**

**また、事故日から完治日まで７１日以上を要し、現時点では日付を確定できない場合は、「○月○日現在**

**も治療中」とご記入ください。注）共済金額算出等の為、医療機関に詳細を問い合わせる場合があります。**

＜個人情報の取り扱いについて＞

本共済契約に関する個人情報は、一般財団法人大阪府こども会育成連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健

医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

（府様式第８号－２）

**医療機関に対する同意書**

（同意日）　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　御中

　　　　　　　　　　　　　　御中

　　　　　　　　　　　　　　御中

私は、　　　　　年　　　月　　　日発生の事故における傷病について、一般財団法人大阪府こども会育成連合会が共済金給付事務に関し、上記医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。

（被共済者）　住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　 〔　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　〕

（注）被共済者が未成年者の場合は、以下の記入もお願いします。

（ご請求者） 住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊患者（被共済者）様との関係 [ 親権者・配偶者・その他（　　　　 ） ]

記

1.　私が診察・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容・検査結果・既往症

病歴・治癒見込みなどについて説明を受けること。

2.　私の傷病の治療歴・事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。

3.　医師または医療機関から以下の資料の交付・貸し出しを受けること、ならびに、資料の

複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。

（1）診断書・診療報酬明細書・調剤薬局明細書・施術証明書などの診療情報資料

（2）レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料

＜個人情報の取り扱いについて＞

本共済契約に関する個人情報は、一般財団法人大阪府こども会育成連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のた

めに利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提

供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な

運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。