診療録等の情報提供申請書

保険会社等、当院で直接患者同意書を取り扱わないもの用

令和　　年　　月　　日

愛知県厚生農業協同組合連合会
海南病院　病院長 殿

申請者

フリガナ 氏　名	印
会 社 名	
住　　所	
電話番号	ー　　ー

私は、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患 者 ID	
患者氏名	
住　　所	
生年月日	M･T･S･H･R　　年　　月　　日

提供を希望する診療科名			
情報の提供を受けたい期間及び内容 （希望する事項に○を付けて下さい）	入院　・　外来　・　両方		
	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		
		閲　覧	謄 写
	■診療録		
	■検査記録・検査成績表		
	■X 線・CT・MRI（CD-R）		
	■その他		
提供希望日	令和　　年　　月　　日　　＊申請書受理から 2 週間後に提供		
備　考			

＊申請者が患者の同意を得た弁護士、行政書士等は法人が発行する証明願の原本を提示してください。

＊申請者が患者の同意を得た保険会社もしくはその委託業者の場合、法人に所属することを証明できるものと、申請者本人の身分証明書（運転免許証等）を提示してください。ただし、資料送付先住所が保険会社もしくはその委託業者であることがホームページ等で確認できる場合、身分証明書は不要です。

＊保険会社などで、同意書を当院にて直接申請者とやりとりをしない場合、患者本人が同意しているかどうかについては当院では確認できないため申請者が同意内容について確実に確認してください。当院の規定では、患者家族からの申請の場合、本人の委任状をいただくことになっています。
また、死亡されている場合は、家族関連を証明するものを提示いただくことになっています。
これに準ずる確認は、申請者で行ってください。同意書の内容による紛争には、当院は一切応じません。

＊患者が直接同意した法人でなく、委託を受けた法人が代理で申請を行う場合は、委託を受けたことが確認できる書類（手配指示書など）を提示してください。

＊資料交付後、30 日以内の追加申請については開示基本料をいただきません。

在籍証明書

職員氏名	
入社年月日	
勤務形態	
所属部署	

上記のとおり、在籍していることを証明します。

年　　月　　日

所在地

事業所

代表者名　　印