

# 承 諾 書

この度、全労済の共済契約の共済金請求にあたり患者  
\_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 年 月 日生の傷病名・症状経  
過・治療内容及び既往の傷病歴等につき本書持参いたし  
ました者に対して、詳細をお話しいただくことを承諾い  
たします。なお、本書については、複写でも本書と同じ  
効力があるものと認めます。

御説明・御証明いただきました事につきましては、以  
後何等異義の申立てをいたしません事を念のため申し添  
えます。

以上

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

承 諾 者

氏 名 \_\_\_\_\_ ④ (患者との関係 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

※この承諾書は、会員御本人がご記入下さい。