

# 三井住友海上火災保険株式会社 御中

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また下記の項目に同意します。

## 個人情報の取扱に関する同意書

貴社が、本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

- ①保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ②保険金支払の健全な運営のために、（社）日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ③再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うことがあること。

## 調査に関わる同意書

貴社の社員またはその業務委託先が、私の保険金請求に関わる保険事故事実の調査を行う範囲内で、事故の事実に関わる情報を如何なる機関、個人等関係当事者より取得することに同意します。又同様に医療機関から下記医療情報を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとしします。

### 記

1. 診断書・診療報酬明細書
2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
3. 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

## キャッシュレスメディカルサービスに関わる委任状

### 医 療 機 関 御中

上記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険会社の社員またはその業務委託先による下記医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。  
又貴院のキャッシュレスメディカルサービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求権を貴院に委任します。また、当該保険において支払対象外と判明した治療費用については、可及的速やかに貴院、治療をなされた医師、または上記保険会社に支払うことを誓約します。

### 記

1. 診断書・診療報酬明細書
2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
3. 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(証明・捺印欄) 住 所 \_\_\_\_\_次頁請求書に記載の通り

氏 名 \_\_\_\_\_ □  
患者との関係： 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。  
※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。