

個人情報に関する同意書

(運営組織)

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

私（患者）は、産科医療補償制度に関して、運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）が私及び私の保護者並びに親族の個人情報（過去に取得したものを含まず。）を補償対象の認定、補償金の支払い、脳性麻痺が生じた原因の分析、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、本制度の目的を達成するために自ら利用するほか、次の各号に掲げる目的のためにそれぞれ次の各号に定める者に対して個人情報の提供を行うことに同意します。

- 一 補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関（引受保険会社を含む）等の運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
- 二 補償金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引受保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供すること

(ご注意) 親権者が複数（父と母）である場合、代理人欄には患者の父と母の双方のご署名・ご捺印をお願いします。

20 年 月 日

同意者 (患者)	住所				
	氏名				
	生年月日	20	年	月	日
代理人 (保護者) 自署欄	住所				
	氏名	(父)			印
(母)				印	
<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年 後見人	* 親権者が1名の場合は、以下の□にレ点を記入ください。 <input type="checkbox"/> 親権者は、代理人（保護者）欄に記入した1名のみです。				

※ 同意者（患者）が未成年のため、同意者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、保護者が親権者又は未成年後見人の欄に「レ」点を記し、ご署名・ご捺印をお願いいたします。