

<ご記入上の注意>

- ①本書は、【被保険者】様の法定相続人もしくは親族で成人されている方の代表者1名様の自署及びご捺印をお願いします。
- ②(ボール)ペンで全事項を記入し、印鑑登録証明書印で捺印下さい。
- ③記入内容の訂正は二重線を引き、その上に捺印して訂正下さい。なお、印刷部分の変更は認められません。

被保険者(=患者)様の<住所><氏名><氏名フリガナ><生年月日>をご記入ください。

【被保険者】

(=患者)

(1)住所 神奈川県横浜市西区みなとみらい

19-55-8 桜木マンション203

(2)氏名 東京 太郎

(3)氏名フリガナ トウキョウ タロウ

(4)生年月日 1980 年 12 月 31 日生

【同意人】とは被保険者(=患者)様の情報の開示を許可する方になります。

被保険者様の法定相続人もしくは親族で、成人されている方の自署及びご捺印をお願いします。

【同意人】

(5)住所 神奈川県横浜市西区みなとみらい

19-55-8 桜木マンション203

(6)氏名 東京 小太郎

東京

(7)生年月日 1990 年 8 月 23 日生

(8)上記被保険者(=患者)との関係 患者の息子(長男)

(9)記入日 2013 年 6 月 9 日

「印鑑登録証明書」で証明されている
印影の印鑑で押印してください。