

同意書

令和 年 月 日付けで地方公務員災害補償基金熊本県支部に対し行った【被災職員氏名： _____】にかかる公務(通勤)災害認定請求に関して、同支部が補償の実施及び第三者加害事案における求償・免責事務を行うに当たり、下記の個人情報の提供を受けることについて同意いたします。

記

- 一 本件災害により私が受けた治療に係る費用（総額及び内訳）について
- 一 本件災害に係り私が受けた治療に係る費用の支払状況（請求状況も含む。）及び支払者（支払義務者も含む。）について
- 一 その他補償の実施及び第三者加害事案における求償・免責事務等を行うに当たり必要な事項

令和 年 月 日

所属団体・部局： _____

被災職員住所： _____

被災職員氏名： _____ (印)