**(様式案)**

**同意書　（任意一括払い制度の利用と個人情報の提出）**

(医療機関名)　　　　　　　　　院長　殿

私は、今回の交通事故により貴院で治療を受け、その治療費の支払いについては、損害保険会社　　　　　　　の任意一括払い制度を利用します。また、治療費は自賠責診療報酬算定基準案により算定し、治療費の請求に必要な私の病状に関する診断書及び診療報酬明細書を、貴院から上記の損害保険会社に直接提出することに同意いたします。もし、上記損保が支払わない場合は、私が医療費を支払います。

年　　　月　　　日

患　者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　住所

　　電話

（注）患者が意識不明、未成年等で記載が出来ない場合は、下記記載欄に同意人の記載をお願いします。

同意人　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　住所

　　電話

患者との関係

配偶者・親権者・その他（　　　　　　）