

保険証等のコピーについての同意書

医療法人社団松下会においては、患者さまの標記について、下記目的以外に使用しない取り扱いをいたしますので、ご承諾お願い申し上げます。

記

1. 行政機関等の連絡
2. 支払機関の請求および負担金の再確認
3. コンピューター入力誤りの防止

上記の目的について、保険証のコピーを行うことに対して同意いたします。

令和 年 月 日

同意者サイン	
--------	--

医療法人社団 松下会
理事長 平林 倫子 殿