

## 主治医意見書開示同意書

（被保険者）

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

（被保険者の家族等）

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

私は、上記の者へ \_\_\_\_\_ 氏 の 要介護認定・要支援認定  
にかかると主治医意見書の開示に同意します。

年 月 日

同意者（被保険者の主治医）

主治医氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

医療機関名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

※主治医氏名は、必ず主治医の実筆（サイン）が必要になります。