

## セカンドオピニオン代理相談同意書

令和 年 月 日

国民健康保険 富士吉田市立病院 殿

患者さん氏名：

印 ※①

住所：

電話番号：

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申込み、  
下記事項に同意いたしました。

- 【セカンドオピニオン外来 申込書】の記載事項
- 控訴の目的に使用しないこと
- 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

また、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する  
資料を持参させ、富士吉田市立病院の医師に対してセカンドオピニオンを  
求めることに同意いたします。

代理相談者 ※②

氏名	患者さんとの続柄	連絡先

※① 患者さんご本人の直筆でご記入をお願いします。但し、自筆困難な場合は代筆で結構です。

※② 相談者は、相談者本人を証明するもの（保険証、運転免許証等）をご持参ください。