

(運営組織)

公益財団法人 日本医療機能評価機構 御中

2

個人情報に関する同意書

私（児・保護者）は、産科医療特別給付事業に関して、運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）が私（児・保護者）並びに親族の個人情報（過去に取得したものを含みます。）を、次の①から⑥に掲げる個人情報の取得、提供を行うことについて、同意の有無を回答します。

- ①運営組織が、給付対象の認定、特別給付金の支給等を行うために取得し、自ら利用すること
- ②特別給付金の支給を目的として、医療機関、金融機関等又は運営組織の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
- ③特別給付金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引受保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供すること
- ④今後の給付対象の給付申請に係る診断の質の向上を目的として、給付申請用専用診断書を作成した医療機関に対して個人情報を提供すること
- ⑤事業としての高い透明性を確保すること並びに将来の同種の脳性麻痺の再発防止及び産科医療の質の向上を図ることを目的として、国民、医療機関、関係学会・団体、行政機関等に対して、個人情報を提供すること（ただし、提供先にて特定の個人や医療機関を識別することができる情報を除く。）
- ⑥給付対象として認定された児に関する情報を集散的に分析し、脳性麻痺の発症につながる妊娠・分娩過程において生じるリスク因子等を取りまとめ、産科医療の質の向上に資する報告書を公表するものとする

1

上記の事項をご確認のうえ、同意の有無について、いずれかにレ点を記入してください。

いずれかに レ	☒ 全て同意します。
	☐ 全て同意しません。

※同意を拒否された場合は、給付認定の手続きに入ることができません。

2

同意者（児）情報を記入してください。

※同意者（児）が未成年の場合は、同意者（児）欄は保護者（親権者又は未成年後見人）が代筆してください。

記入日 20〇〇年 〇月 〇日

同意者 (児)	住所	〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 東洋ビル		
	児氏名	日本 一郎		
	生年月日	20	× × 年	× × 月 × × 日

3

保護者（親権者又は未成年後見人）は署名をしてください。

※親権者が1名の場合もしくは未成年後見人の場合を除き、親権者お2人の署名が必要となります。ご署名は必ず本人が行ってください。

保護者 (代理人・同意者)	親権者①・ 未成年後見人	住所	〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 東洋ビル		
		氏名	日本 太郎 (自署)		
		児との続柄 (いずれかにレ)	☒ 父 ☐ 母 ☐ 未成年後見人		
	親権者②	住所	☒ 親権者①住所と同じ（同住所の場合はレ。相違の場合は下にご記入ください）		
		氏名	日本 花子 (自署)		
		児との続柄 (いずれかにレ)	☐ 父 ☒ 母 ☐ 未成年後見人		