

진료기록 열람 및 사본 교부 요청 동의서

장애인	성 명	연락처
	주민등록번호(외국인등록번호 또는 국내거소신고번호)	
	주 소	
법정대리인 또는 보호자	성 명	환자와의 관계
	주민등록번호(외국인등록번호 또는 국내거소신고번호)	연락처
	주 소	

본인은 「장애인복지법」 제32조제7항에 따른 업무처리와 관련하여 담당 국민연금공단 직원이 장애정도 확인 등을 위한 심사자료의 보완 등을 위하여 필요한 경우 「의료법」에 따른 의료기관에 본인에 대한 진료기록·검사결과 자료 등 진료에 관한 기록을 열람 또는 사본 교부를 요청하는 것에 동의합니다.

년 월 일

본인(법정대리인 또는 보호자)

(서명 또는 인)

의료기관장 귀하