トーテックグループ健康保険組合　理事長　殿

同意書

健康保険法に基づく私に対する保険給付に関する調査のため、貴職が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係機関に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提出を受けることについて同意します。

また上記照会・依頼を行うにあたり、貴職が当該機関に対して、必要な範囲内で照会・依頼に関する説明を行うことについて了知します。

※関係機関とは、前加入保険者、官公署、医療機関、装具販売業者等をさします。

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者 | 住所 | 〒 |
|  |
| 被保険者  氏名 |  |
| 受診者  氏名 |  |