

# 同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、貴組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公署・医療機関・施術機関等に対して貴組合が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。

また、上記照会・依頼を行うにあたり、貴組合が当該機関等に対して、必要な範囲で照会・依頼に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件について貴組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

岡谷鋼機健康保険組合 理事長 様

同意日 年 月 日

保険証記号番号

氏名 \_\_\_\_\_ 印