

## 同意書

私は、健康保険法に基づく、私（又は被扶養者）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（私又は被扶養者の個人情報を含む）について、関係する官公署・医療機関等に対して貴組合が照会・依頼を行い、回答・提供を受ける事について同意いたします。

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、必要な範囲内で照会・依頼に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について貴組合に対して一切の異議・請求等の申立てを致しません。

なお、本書の写しも有効といたします。

日本旅行健康保険組合 理事長 殿

同意日 平成 年 月 日

保険証記号・番号 ー

住所

氏名

㊞