

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、千葉県農協健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体に対して千葉県農協健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、千葉県農協健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

なお、本書の写しも有効と致します。

以上

令和 年 月 日

被保険者

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日

被扶養者

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

(受診者が未成年の場合は、捺印不要)