

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		