

## 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。
- ※取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外に利用いたしません。
- ※本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

同意者	住所	〒
	被保険者 氏名	
	受診者 氏名	