

# 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、東芝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、関係する公官庁、医療保険者、医療機関、事業所等に対して東芝健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け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、東芝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いたします。

東芝健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

被保険者証記号・番号 \_\_\_\_\_

住 所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_