

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、関係する官公署・医療機関・装具業者等に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提供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。

令和 年 月 日

岐阜県プラスチック事業健康保険組合

理事長 殿

住 所

被保険者氏名

被扶養者氏名