

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、J-オイルミルズ健康保険組合が関係機関(※)に対して必要とする事項(健康保険加入記録、給付記録、療養の給付記録、診療履歴、年金等)に関する情報を照会すること、及び資料の提供を依頼すること、また、関係機関が上記照会に回答すること、及び資料を提供することに同意いたします。

※関係機関とは、従前加入保険者、官公署、医療機関、年金事務所等を指します。

なお、本書の写しも有効といたします。

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿

同意日：令和 年 月 日

マイナ保険証等

記号・番号

住 所

〒

被保険者氏名

_____ (印)