

同意書

私は、貴組合が保険給付の支給決定をするにあたり、必要に応じて関係機関（事業主、医療機関、前加入保険者等）に下記の情報を提示すること、及び照会することに同意します。

なお、本書の写しも有効と認めます。

1. 被保険者氏名、生年月日
2. 記号番号
3. 事業所名、所在地
4. 被保険者加入期間
5. 給付記録（傷病名、支給期間、請求回数支給額等）
6. その他、支給決定に関し必要な情報

上記の通り同意します。

ジーエス・ユアサ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所

被保険者名

_____ (印)