

東京織物健康保険組合 理事長 殿

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・年金事務所等)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・年金受給など)
- 6 その他、支給決定に関し必要な情報

年 月 日

住所

氏名

印

※照会により取得した個人情報は保険給付(傷病手当金・出産手当金・出産育児一時金・療養費・高額療養費・移送費・埋葬料)の支給決定にかかること以外には使用いたしません。