

同意書

ヤマトグループ健康保険組合 理事長 殿

私は、健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、ヤマトグループ健康保険組合が関係機関*に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金・勤務状況等に関する情報の照会を行うこと、また、関係機関が前記照会の回答を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。

※関係機関とは、医療機関、前加入保険者、日本年金機構、事業主等をさします。

(記入日) 令和 年 月 日

記号 番号

住所

被保険者氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日