

東京広告業健康保険組合 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

令和 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

※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。