

同意書

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、ユアサ健康保険組合が関係各機関に対して、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 他の法令による保険給付・受給に関する情報等の照会を行うこと、また関係各機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

後日、本件についてユアサ健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

※関係各機関とは、従前の勤務先、従前の加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。

※本同意書の写しも有効といたします。

ユアサ健康保険組合 理事長 殿

同意日 令和 年 月 日

被保険者
記号-番号

-

事業所名
(会社名)

氏 名

Ⓜ

〒 -

住 所

電話番号

E-mail

@