

個人情報提供同意書

(保険給付の支給決定にかかる情報取得の同意書)

私は、三井健康保険組合に対し健康保険法第 99 条に基づく保険給付請求を行っています。この給付決定の調査として、三井健康保険組合が、私の受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、医療保険者、医療機関等に照会し、情報提供を受けることに異議はなく、本書をもって同意します。

平成 年 月 日

三井健康保険組合理事長 殿

住所 _____

氏名 _____ ㊞

電話 _____ () _____