

個人情報提供同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、私が過去に受診した医療機関等に対し、神奈川県医療従事者健康保険組合が診療内容等の照会を行うこと、および私が過去に受診した医療機関等が上記照会に関する回答を神奈川県医療従事者健康保険組合に対して行うことに同意いたします。

なお本書の写しも有効といたします。

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

同意者氏名 _____

⑩

被保険者

記号番号 _____