

フジ日本健康保険組合 理事長殿

## 同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、フジ日本健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してフジ日本健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、フジ日本健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関して説明を行うことについて了承致します。

後日、本件についてフジ日本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。

なお、本書の写しも有効と致します。

※関係機関とは、前加入保険者、官公署、医療機関、装具販売業者等をさします。

同意日 令和 年 月 日

記号番号

住所

被保険者氏名（自書）

受診者氏名

※対象者が被扶養者の場合、ご家族のお名前をご記入ください。