

大気社グループ健康保険組合

理 事 長 殿

同 意 書

私は、大気社グループ健康保険組合が行う全ての保険給付の支給を決定する審査にあたり、関係機関への照会及びそれらの回答又はデータを受領することについて、同意いたします。

____年 ____月 ____日

被保険者証記号 _____ 番号 _____

住所 _____

氏名 _____

※自筆でお願いいたします。