

大気社グループ健康保険組合

理 事 長 殿

同 意 書

私は、健康保険法に基づく支給決定を行うにあたり、大気社グループ健康保険組合が関係機関に対して、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、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

記号－番号 _____

被保険者住所 _____

被保険者氏名（自署）
