

## 同 意 書

交 通 事 故 日：平成 年 月 日

事 故 場 所：

相 手 方 自 賠 責 会 社：

相 手 方 自 賠 責 証 明 書 番 号：

相 手 方 氏 名：

上記、交通事故において私の個人情報及びこの同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意いたします。

1. 貴職が私の健康保険の請求、決定および給付（見込みを含む）の状況等について、私が保険金請求権を有する保険会社に対して提供すること。
2. 貴職が私の健康保険の給付および保険会社に請求するにあたり、必要な事項（自賠責保険への請求の内容およびその支払金額・内訳等）について保険会社からの提供を受けること。
3. この同意書をもって、上記2. に掲げる事項に対する保険会社等への同意を含むこと。
4. この同意書を保険会社へ提示すること。

平成 年 月 日

三重県農協健康保険組合 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞