

同意書

受 傷 日：平成 年 月 日

受 傷 場 所：

相 手 方 氏 名：

相 手 方 住 所：

上記について、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相手方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相手方に請求するにあたり、必要な事項（受傷原因等）について相手方からの提供を受けること。
3. この同意書を相手方へ提示すること。

平成 年 月 日

三重県農協健康保険組合 様

住 所 _____

氏 名 _____ 印