

味の素健康保険組合 御中

同意書

健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給決定を行なうにあたり、味の素健康保険組合が関係機関(※)に対して必要とする事項(給付記録、療養の給付記録、診療履歴、年金等)に関する情報を照会すること、及び資料の提供を依頼すること、また、関係機関が上記照会に回答すること、及び資料を提供することに同意いたします。

※ 関係機関とは、前加入保険者、官公署、医療機関、年金事務所等を指します。

本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

被保険者 (同意者)	被保険者証の	記号		番号	
	住所	〒 - 電話 - -			
	氏名	(印)			
	生年月日	昭和 平成 年 月 日			

*2年以内に味の素健康保険組合に加入された方は、直前の状況についてご記入願います。
(新卒採用の方は不要です。)

加入していた健康保険 (保険者名称)					
被保険者証の	記号		番号		
加入期間	平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月				
資格区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)				
前職の	勤務先名称				
	勤務先住所				
	電話番号	()			